

Region Midtjylland

Delplan for rekruttering og fastholdelse samt strategipapir for sikring af borgernes lægedækning i almen praksis

Bilag

**til Regionsrådets møde
den 20. februar 2008**

Punkt nr. 9

Delpraksisplan for rekruttering og fastholdelse i almen praksis

1. Indledning	7
1.1 Baggrund og formål.....	7
1.2 Strategiske mål for indsatsen.....	8
1.3 Datagrundlag	9
2. Almen praksis i Region Midtjylland	10
2.1 Antal praktiserende læger	10
2.2 Praksisforhold	11
3. Kortlægning af lægedækningen	15
3.1 Aldersprofil	15
3.2 Forventede alder ved ophør med praksis.....	16
3.3 Forventede antal færdiguddannede praktiserende læger	16
3.4 Behov i lægedækningen de kommende 5 år	18
4. Tiltag for almen praksis i Region Midtjylland	20
4.1 Fastholdelsestiltag	20
4.2 Rekrutteringstiltag	23
4.3 Etablering i flerlægepraksis.....	28
4.4 Ved læges praksisophør uden overtagelse	31
5. Lokale tiltag og indsatsområder de kommende år.....	34
5.1 Favrskov kommune	34
5.2 Hedensted kommune.....	36
5.3 Herning kommune	38
5.4 Holstebro kommune	40
5.5 Horsens kommune.....	42
5.6 Ikast-Brande kommune.....	44
5.7 Lemvig kommune	46
5.8 Norddjurs kommune.....	48
5.9 Odder kommune	50
5.10 Randers kommune.....	52
5.11 Ringkøbing-Skjern kommune	54
5.12 Silkeborg kommune.....	56
5.13 Skanderborg kommune	58
5.14 Skive kommune	60
5.15 Struer kommune.....	62
5.16 Syddjurs kommune.....	64
5.17 Viborg kommune	66
5.18 Århus kommune	68
5.19 Opsamling af indsatsområder	71
Bilag.....	72

0. Resumé og anbefalinger

Resumé

I forbindelse med Regionsdannelsen har Samarbejdsudvalget nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Praksisudvalget og regionen mhp. at udarbejde en praksisplan for rekruttering og fastholdelse af læger i almen praksis i Region Midtjylland.

For at samle information til brug for tilrettelæggelse af rekrutterings- og fastholdelsesindsatsen udsendte arbejdsgruppen marts 2007 en spørgeskemaundersøgelse til de praktiserende læger i regionen. Svarraten var på 82,5 %.

Det er en vigtig strategisk målsætning, at borgerne i Region Midtjylland sikres et tilstrækkeligt udbud af praktiserende læger i alle områder af regionen, i særdeleshed i en periode, hvor efterspørgslen efter sundhedsydelse stiger og antallet af praktiserende læger falder.

Der er 853 praktiserende læger i Region Midtjylland, heraf er 64 % mænd og 36 % kvinder. Ca. 70 % af lægerne i regionen er 50 år eller derover og ca. 24 % af lægerne er 60 år eller mere.

Med et befolkningsunderlag på 1,22 mio. borgere og et normtal på 1600 patienter pr. læge vil i alt ca. 762 læger kunne dække regionens befolkningsunderlag. Ved denne helt overordnede opgørelse er der for Region Midtjyllands vedkommende ikke umiddelbart mangel på læger.

Den foretrukne praksisform i Region Midtjylland er kompagniskabspraksis. Ca. hver 4. læge organiserer sig i enkeltmandspraksis. Aldersfordelingen blandt læger organiseret i denne praksisform viser, at den typiske læge i enkeltmandspraksis er en ældre mand.

I forhold til antal delelæger i delepraksis er det ca. hver 11. læge, som er organiseret i denne praksisform. Der kan konstateres en kønsforskel i valg af praksisform, idet kvindelige læger i højere grad vælger at organisere sig i delepraksis end mandlige læger. Et flertal af de yngre læger er kvinder, og andelen af kvindelige praktiserende læger vil derfor stige i takt med at de ældre læger ophører med praksis.

Spørgeskemaundersøgelsen blandt de praktiserende læger i Region Midtjylland viser, at den gennemsnitlige alder ved tidligste angivelse for praksisophør er 62 år. Såfremt alle læger i regionen ophører som 62-årige, vil der over de næste fem år mangle i alt 142 læger. Det svarer til at 227.200 borgere vil stå uden læge. Fortsætter lægerne derimod til de er 65 år vil der de næste fem år mangle 30 læger. Det svarer til, at 48.000 borgere vil mangle en læge.

Lægernes tilbagetrækningsalder er af afgørende betydning i forhold til sikringen af den fremtidige lægedækning i Region Midtjylland. Tre år længere i praksis for lægerne medfører, at 'kun' hver 25. frem for hver 5. borger vil mangle læge om fem år. Et vigtigt redskab i indsatsen er derfor at arbejde på fastholdelse af de ældre læger, så de bliver i praksis i flere år, end det er tilfældet nu.

Region Midtjylland vil de kommende år tage udfordringen op i forhold til at dække lægebehovet. Lægernes alder og tilbagetrækningstidspunkt taget i betragtning viser det sig, at antallet af færdiguddannede praktiserende læger ikke overordnet set kan dække afgang i praksis.

Anbefalinger

For at sikre den fremtidige lægedækning for borgere i Region Midtjylland, er der behov for en målrettet indsats i form af såvel fastholdelsestiltag som rekrutteringstiltag overfor de praktiserende læger. Det er samtidig vigtigt at målrette indsatsen således, at Region Midtjylland af både kommende og nuværende praktiserende læger opfattes som et attraktivt sted at nedsætte sig i praksis.

Fastholdelsestiltag

- Som tiltag til at reducere arbejdsmængden for den ældre læge, anbefaler arbejdsgruppen, at understøtte en udvikling i retning af øget brug af praksispersonale for ældre læger. Praksispersonale kan udføre en række behandlinger og undersøgelser, hvor det ikke er påkrævet at lægen medvirker. Det kan frigøre tid til den praktiserende læge og dermed medvirke til at reducere arbejdsmængden.
- Ifølge Landsoverenskomstens § 16 kan delepraksis etableres, hvis Samarbejdsudvalget giver sin tilladelse hertil. For den ældre læge kan muligheden for etablering af delepraksis skabe den fornødne aflastning, hvormed den ældre læge vælger at blive et par år yderligere. Jf. den tidligere beskrevne problemstilling vedrørende delepraksis under kapitel 2.2. anbefaler arbejdsgruppen, at tilladelse til etablering af delepraksis sker efter en konkret vurdering i det enkelte tilfælde.
- Åbning for tilgang i delepraksis. Ifølge Landsoverenskomsten skal praksis, som etablerer delepraksis lukkes for tilgang efter nærmere fastlagte retningslinier. Der er i dag i vidt omfang etableret delepraksis i Region Midtjylland begrundet i aflastning og gradvis generationsskifte. I flere byer er der mange praksis, der har lukket for tilgang af patienter, hvilket forringer borgernes muligheder for valg af læge. Med henblik på at sikre den lægelige kapacitet, borgernes valgmulighed og service samt øge samarbejdet blandt de praktiserende læger foreslår arbejdsgruppen, at der i særlige tilfælde kan gives tilladelse til åbning for tilgang i delepraksis med en nærmere afgrænset udvidelse. Formålet er at sikre, at borgere har adgang til en læge. Tilladelse til åbning for tilgang bør ske efter en konkret vurdering i det enkelte tilfælde.
- Undersøgelsen peger på, at der kan være en sammenhæng mellem muligheden for at opnå aflastning med praksispersonale og praksis' lokaleforhold. Det bør undersøges nærmere, om der er mulighed for, som fastholdelsestiltag at facilitere bedre lokaleforhold med henblik på at praksis kan ansætte praksispersonale og dermed aflaste den ældre læge.
- Mindre administrativt arbejde nævnes som forhold, som kan få ældre læger til at udsætte tidspunktet for afhændelse af praksis. Som tiltag, der kan aflaste de ældre læger, foreslår arbejdsgruppen, at der eksempelvis på den driftsmæssige side tilrettelægges forløb med hjælp til IT og/eller dataforhold. Regionen har bl.a. datakonsulenter ansat, som kan indsættes som støttefunktion. Der kan også tænkes anvendelse af andre administrativt uddannede faggrupper i lignende støttefunktioner (regnskab, revision, administrative funktioner i relation til personale m.v.).

Rekrutteringstiltag

- For at sikre rekruttering til specialet almen praksis foreslår arbejdsgruppen, at der tilrettelægges en mere koordineret opfølgning overfor de gode initiativer og opgaver som løses i de nævnte forskellige konsulentordninger, og gerne i områder af regionen, hvor det er vanskeligt at rekruttere læger. I forhold til praksiskonsulentordningen for yngre almenmedicinere, foregår arbejdet bl.a. ved:
 - At yngre almenmedicinere inviteres til uddannelsesrelevante møder og kurser. Eksempelvis PLO forårs- og efterårsmøde, aftenmøder for praktiserende læger, og lokalt lægevagtskursus.
 - At de modtager faglig information, som er relevant for uddannelsen og det nuværende eller snarligt kommende arbejde i praksis
 - At forbedre formidlingen af vikariater og information om praksis til salg. Her arbejdes gennem videresendelse af annoncer via e-mails fra læger, som søger vikar, kompagnon eller efterfølger til ikke-nedsatte speciallæger, de snarligt færdige speciallæger samt tidligere praktiserende læger, som fortsat ønsker at vikariere i praksis.
 - At praksiskonsulenten for yngre almenmedicinere er ressourceperson for gruppen af ikke nedsatte speciallæger mht. tanker, overvejelser og behov for hjælp i forbindelse med indgåelse af vikariat eller køb af praksis. Dels ved mulighed for mail, dels ved telefonisk kontakt.
 - I den vestlige del af regionen, hvor man i lighed med praksiskonsulenten for yngre almenmedicinere i øst har arbejdet med yngre læger, nævnes tillige et tiltag. Her har man haft god erfaring med at danne netværksgrupper blandt almenmedicinere i uddannelse sammen med de nystartede læger i praksis. Grupperne sørger selv for planlægning af undervisning og oplæg til diskussion. Netværksgrupperne er med til at sikre tilhørsforhold til et geografisk område og danne lægekultur tidligt i uddannelsen.
- For at have en bred tilgængelighed af tutorpraksis foreslår arbejdsgruppen at facilitere praksis i områder med få tutorpraksis til at etablere mulighed for at blive tutorpraksis. Det kan eksempelvis være i forhold til indretning af arbejdsplads, lokaler og evt. udbygning. For at motivere praksis til at etablere sig som tutorpraksis er det samtidig vigtigt, at der sikres en kontinuerlig tilgang af uddannelseslæger til praksis. I fordelingen af uddannelseslæger til tutorpraksis foreslår arbejdsgruppen, at det samtidig sker med et rekrutteringssigte for øje. Det er vigtigt, at få uddannelseslægerne til områder med rekrutteringsmæssige udfordringer. Det er i den sammenhæng vigtigt, at der samarbejdes med Kontoret Lægelig Uddannelse, som har tutorområdet som arbejdsområde. Samtidigt hermed stilles der krav således, at uddannelsens kvalitet er i orden.

- I samarbejde med uddannelseskoordinatorer, DYNAMU, PKL'er og Praksiskonsulent for yngre almenmedicinere foreslår arbejdsgruppen, at der tilrettelægges en koordineret indsats overfor de alment praktiserende læger med det formål at udbrede anvendelsen af færdiguddannede læger i vikarsammenhænge. Der findes en ordning i den østlige del af regionen, som ønskes udbredt til den øvrige del af regionen. Blandt læger i vanskeligt rekruterbare områder vil dette også være i egeninteresse i rekrutteringsøjemed. Ansættelse som vikar anses som et middel til at fremme rekruttering og have en positiv indvirkning på hurtig nedsættelse som praktiserende læge.
- Som rekrutteringstiltag foreslår arbejdsgruppen, at regionen udarbejder en folder "Nedsættelse som praktiserende læge i Region Midtjylland". Folderen skal samle oplysninger om, hvor der kan rettes henvendelse (kontaktpersoner med oplysning om telefonnumre mm.) ved forskellige spørgsmål. Eksempelvis: hvor er der ledige ydernumre i regionen, hvor er der praksis til salg (henvendelse til praksisenhederne i regionen), Henvisninger til konsulentordninger, ekspertviden i forhold til edb, apparatur mv.
- For at gøre rekruttering mere attraktiv foreslår arbejdsgruppen, at der tilrettelægges en indsats, hvor regionen i samråd med kommunerne faciliterer at finde ægtefællebeskæftigelse, stille tjenestebolig til rådighed, tilbyde institutionsplads mv.

Anbefalinger vedrørende etablering i flerlægepraksis

- Ofte kan lokale hindringer af byplanmæssig art gøre det vanskeligt at finde egnede lokaler til praksis. Andre steder er der mangel på erhvervslejemål med en tilstrækkelig størrelse. Der kan generelt også være hindringer for praksis, som selv ejer de lokaler, som praksis drives fra. Har en praksis behov for at komme i dialog med en kommune vedrørende velegnede lejemål vil Region Midtjylland og Praksisudvalget i et samarbejde gerne være behjælpelige med at rette henvendelse til kommunen.
- Etablering i flerlægepraksis kan være en langstrakt proces, fra ideen formes til selve etableringen er gennemført. Har praksis behov for hjælp til denne proces vil Praksisudvalget og Region Midtjylland generelt være yderst behjælpelige med at understøtte processen. Det kan bl.a. være i form af at skabe kontakt til praksis, som har gennemført en tilsvarende proces og dermed mulighed for at kunne indhente erfaringer fra andre kolleger, via hjælp fra praksisudviklingskonsulenter, afklaring af juridiske tvivlsspørgsmål m.v.
- Det bør undersøges nærmere, om der er behov for særlige incitamenter til at motivere læger til at etablere sig i flerlægepraksis. Det kan eksempelvis være ved at regionen faciliterer etablering af fælles telefonnetværk og drifter nye IT systemer eller at facilitere rekruttering af praksispersonale.

Anbefalinger ved praksisophør uden overtagelse

I de tilfælde, hvor løsningsmulighederne skitseret i Landsoverenskomsten ikke er tilstrækkelige anbefaler arbejdsgruppen følgende tilgang til at finde løsninger.

- 1) I en akut situation med lægeophør vil det i første omgang være nabolægerne, som varetager den ophørte læges patienter.
- 2) Det skal snarest herefter i samråd med nabolægerne afklares, om der er kapacitet til at fordele den ophørte læges patienter. Såfremt dette ikke er muligt, og nabolægerne er meget belastede, bør muligheden for midlertidig vikarbesættelse indgå.
- 3) På det lidt længere sigt er der behov for at få beskrevet situationen med bl.a. afdækning af kapacitet blandt området læger, antal patienter mv. og afsøge muligheder for løsning.
- 4) Efter en kortlægning bør der i samråd med relevante læger, repræsentanter for praksisudvalg og region konkret afklares, hvordan situationen løses.

Forebyggende tiltag

For at imødekomme situationer, hvor læger ophører uden overtagelse er det vigtigt at søge at fremme, at ældre læger forholder sig til, om der kan opstå vanskeligheder med at afhænde praksis. I de tilfælde vil regionen gerne indgå i en dialog med den ældre læge med henblik på at afdække løsningsmuligheder og tiltag, som kan gøre praksis mere attraktiv for en køber. Det kan bl.a. også være i samråd med regionens praksisudviklingskonsulenter.

Lokale tiltag

Der er en række kommuner i regionen, hvor der de kommende år kan forventes lægemangel. Det forventes snarligt at igangsætte besøgsrunder til praksis i disse kommuner. Besøgsrunderne skal fungere som fælles ideudveksling. Det er vigtigt, at man tidligt (forebyggende) kan forholde sig til problemernes omfang med rekruttering og fastholdelse, herunder afdække løsningsmuligheder. Løsninger forventes besluttet i dialog med både repræsentanter fra Region Midtjylland, Praksisudvalget og de berørte læger.

1. Indledning

Praksissektoren spiller en central rolle i det samlede sundhedsvæsen. Samtidig må det konstateres, at der i flere geografiske områder i Region Midtjylland er væsentlige rekrutterings- og fastholdelsesproblemer. Det er problemer, som på sigt kan gøre det vanskeligt for regionen fortsat at levere den service til borgerne, som efterspørges.

Rekrutterings- og fastholdelsesproblematikken er et generelt problem i det danske sundhedsvæsen. Det afspejler sig bl.a. i, at der i flere af overenskomsterne med yderne i praksissektoren ligger aftaler om, at der skal arbejdes med rekruttering og fastholdelse.

Ifølge flere lægeprognoser¹ vil der i de kommende år være lægemangel i almen praksis i det meste af landet. Ses der på landstal, har gennemsnitsalderen ved ophør i praksis siden 1990 ligget stabilt på ca. 60 år. Derimod er alderen ved nedsættelse i praksis langsomt steget fra ca. 37 år i 1980 til ca. 41 år i 2004. Altså er antallet af aktive arbejdsår pr. læge i praksis faldet.

Antallet af uddannelsesstillinger ligger på 180 årligt i Danmark. Afgangen skønnes til 200 pr. år ved en fortsat fratrædelsesalder på 60 år. Det skønnes, at hvis fratrædelsesalderen stiger fra de hidtidige 60 år til 62 år falder behovet for tilgang af læger til 166 læger pr. år.

Prognoserne viser, at problemerne de kommende 5-10 år ikke alene kan klares ved rekruttering af nye læger, men også nødvendiggør en skærpet indsats for at fastholde de ældre læger.

1.1 Baggrund og formål

I forbindelse med Regionsdannelsen har Samarbejdsudvalget nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Praksisudvalget og regionen med henblik på at udarbejde en praksisplan for rekruttering og fastholdelse af læger i almen praksis.

I landsoverenskomsten for almen lægegerning fremgår, at praksisplanen skal indeholde en delplan vedrørende rekruttering og fastholdelse, jf. landsoverenskomsten § 13A.

- Delplanen skal sikre, at Samarbejdsudvalget i god tid identificerer de områder, hvor der kan forventes at opstå mangler i lægedækningen. Til brug herfor kortlægger Samarbejdsudvalget aldersprofilen blandt regionens praktiserende læger og den forventede afgang og/eller pensionering de kommende 5 år.
- Delplanen skal indeholde redskaber til at modvirke mangler i lægedækningen ved at motivere ældre læger til at udskyde deres pensioneringstidspunkt.
- Delplanen skal indeholde redskaber til at motivere kommende og færdiguddannede speciallæger til hurtigt at nedsætte sig som praktiserende læger.

¹ "Lægeprognosen 2002 – almen praksis". Praktiserende Lægers Organisation, okt. 2002.

"Lægeprognose for udbuddet af læger i perioden 2004-2025". Sundhedsstyrelsen, sept. 2006.

- Delplanen skal indeholde redskaber til, hvordan Samarbejdsudvalget skal håndtere situationer, hvor en læge ophører uden at praksis overtages af en anden læge.
- Endeligt skal der i delplanen indgå, hvorvidt regionen og/eller en kommune kan stille velegnede lejemål til rådighed for grupper af praktiserende læger med henblik på at understøtte en udvikling mod flerlægepraksis og om der er behov for særlige incitamenter for at motivere læger til at etablere sig i flerlægepraksis.

Den del af praksisplanen, som vedrører rekruttering og fastholdelse, skal tages op til fornyet vurdering i Samarbejdsudvalget en gang om året i forbindelse med drøftelse af lægedækningen, jf. landsoverenskomstens § 15.

1.2 Strategiske mål for indsatsen

Almen praksis er en grundpille i det danske sundhedsvæsen, både som borgernes indgang til sundhedssystemet, som varetager af vejledende og forebyggende opgaver, og som ressourceforvalter for sundhedssystemet gennem rollen som gatekeeper i forhold til resten af sundhedssystemet.

Det er således en vigtig strategisk målsætning, at borgerne i Region Midtjylland sikres et tilstrækkeligt udbud af praktiserende læger i alle områder af regionen, i særdeleshed i en periode, hvor efterspørgslen efter sundhedsydelse stiger og antallet af praktiserende læger falder.

I forhold til denne indsats anser Samarbejdsudvalget det for vigtigt at pointere, at almen praksis er et liberalt erhverv med selvstændige lægepraksis. De har en kontrakt /overenskomst med regionerne om levering af ydelser m.m. Almen praksis i Region Midtjylland viser sig også i den store sammenhæng at være gode til at yde en selvstændig indsats. Det er både i forhold til rekruttering af læger men også i forhold til at finde løsninger for ældre læger. Samtidig har almen praksis øje for fordelene af en strukturel og organisatorisk udvikling af deres praksis mhp. en senere afhændelse af praksis.

I nogle tilfælde vil almen praksis imidlertid ikke selv kunne løfte opgaven. I sådanne tilfælde ønsker parterne i Samarbejdsudvalget i Region Midtjylland at prioritere en fælles indsats for at bidrage med en løsning højt, både i forhold til at rekruttere og fastholde læger i almen praksis.

Spørgsmålet om rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger er tæt relateret til etablering af bæredygtige praksis og sikring af tilgængelighed til praksis i både land – og byområder. Samarbejdsudvalget i Region Midtjylland vil derfor arbejde for en generel strukturudvikling af almen praksis med sigte på at fremme bæredygtige praksis i regionen i fremtiden. Dette ikke mindst i geografiske områder, hvor det nu eller i en nærmere fremtid må forventes at blive vanskeligt at rekruttere læger. Det er Samarbejdsudvalgets vurdering, at en strukturudvikling af praksissektoren med flerlægepraksis for øje vil fremme rekrutteringen af læger.

Samarbejdsudvalget i Region Midtjylland vil med rekrutteringssigte for øje arbejde for at sikre, at uddannelsen af de kommende praktiserende læger tilrettelægges, så de unge læger får kontakt med, og indsigt i, almen praksis i områder, som er truet af rekrutteringsproblemer.

For at sikre en bred tilgængelighed af tutorpraksis² vil Samarbejdsudvalget arbejde for at facilitere praksis i områder med få tutorpraksis, således at flere praksis gives mulighed for at etablere sig som tutorpraksis. Det er Region Midtjyllands vurdering, at en bred tilgængelighed af tutorpraksis, herunder særligt i rekrutteringsvanskelige områder vil fremme rekrutteringen af læger.

Rekrutterings- og fastholdelsesproblematikken fordeler sig geografisk skævt i regionen, hvor det især er i yderkantsområderne, at problemerne med rekruttering og fastholdelse er udtalte. Det vil derfor være et mål for planlægningen at identificere geografiske områder med henblik på at kunne tilbyde forskellige løsningsmuligheder for forskellige geografiske områder. Samarbejdsudvalgets parter anerkender således, at en løsningsmodel anvendt i én sammenhæng ikke umiddelbart kan konverteres til en anden sammenhæng eller gøres til genstand for en generel model for almen praksis i Region Midtjylland.

1.3 Datagrundlag

Som supplement for de data om de praktiserende læger, som er registreret i regionen, har arbejdsgruppen medio marts 2007 gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt de praktiserende læger i regionen.

Der blev udsendt i alt 853 spørgeskemaer, og i alt 704 læger har besvaret og returneret skemaet, svarende til en svarprocent på 82,5. Spørgeskemaet havde bl.a. til formål at kortlægge lægernes forventede ophør med praksis og afdække muligheder for generelt at fastholde læger, herunder ældre læger i en længere periode. Spørgeskemaet er vedlagt som bilag 1.

² Ved en tutorpraksis forstås en praksis, hvor uddannelseslæger gennemfører praktiske forløb af deres specialeuddannelse.

2. Almen praksis i Region Midtjylland

2.1 Antal praktiserende læger

Opgørelser fra 1. april 2007 viser, at der er 853 praktiserende læger i Region Midtjylland. Landsoverenskomsten foreskriver, at der årligt udarbejdes en opgørelse over lægedækningen på baggrund af befolkningsudviklingen. Formålet er at sikre, at antallet af praktiserende læger tilpasses antallet af borgere. Ved opgørelse af lægedækningen pr. 1. april 2007, jf. tabel 2.1.1, er der ved omregning af de 853 læger til fuldtidspraktiserende læger i alt 805 praktiserende læger fordelt i regionen med et befolkningsunderlag på 1,22 mio. borgere.

Med et normtal på 1600 patienter pr. læge vil i alt ca. 762 læger kunne dække regionens befolkningsunderlag. Ved denne helt overordnede opgørelse er der for Region Midtjyllands vedkommende ikke umiddelbart mangel på læger.

Tabel 2.1.1 Opgørelse vedr. lægedækningen for 2007

Lægedækning 2007	Antal praktiserende læger (fuldtids)
Tidligere Viborg Amt (syd)	106
Tidligere Ringkøbing Amt	182
Tidligere Vejle Amt (nord)	81
Tidligere Århus Amt	436
I alt	805

De efterfølgende beskrivelser tager alle udgangspunkt i det samlede antal læger i Region Midtjylland på i alt 853 praktiserende læger. Af Region Midtjyllands praktiserende læger er 64 % mænd og 36 % kvinder.

Ledige ydernumre

Antallet af ledige ydernumre (ubesatte stillinger) i Region Midtjylland er ajourført pr. 1. juli 2007 fordelt på kommuner, jf. tabel 2.1.2. Samlet er der i alt 22 ledige ydernumre i regionen.

Tabel 2.1.2 Ledige ydernumre i Region Midtjylland pr. 1. juli 2007

Ledige ydernumre fordelt på kommuner	Antal
Puljelæge, Skive kommune	1
Lemvig, Lemvig kommune	2
Herning kommune	2
Puljelæge, Herning kommune	1
Ringkøbing-Skjern kommune	1
Ikast Brande kommune	1
Gjerlev, Randers kommune	2
Norrdjurs kommune	1
Horsens kommune	2
Ikke udmøntede lægeenheder, Århus	5
Ikke udmøntede lægeenheder, Viborg	2
Ikke udmøntede lægeenheder, Ringkøbing	2
I alt	22

2.2 Praksisforhold

Almen praksis kan enten organiseres som **enkeltmandspraksis** uden fællesskab med andre læger om patienter eller økonomi eller organiseres som **kompagniskabspraksis** med 2 eller flere læger fælles om patienter, lokaler personale og økonomi.

Begge praksisformer kan indgå i **samarbejdspraksis**, hvor man har hver sin patientkreds, men samarbejder i varierende grad om lokaler, personale mv. eller **netværkspraksis**, hvor der ikke er lokalefællesskab, men et vist samarbejde om patientkreds, helt eller delvis fælles personale mv.

Både enkeltmandspraksis og kompagniskabspraksis kan indgå i **delepraksis**, hvor der optages en ekstra læge i praksis. En **delelæge** som optages i en praksis tæller ikke med i den årlige opgørelse af læger i regionen eller i vurdering af arbejdsbyrde.

I de registrerede data om de praktiserende læger i Region Midtjylland er lægerne opdelt i tre praksisformer (enkeltmandspraksis, kompagniskabspraksis og delepraksis). Det svarer ikke til landsoverenskomstens ovennævnte definition af praksisformer. Her er delepraksis ikke i sig selv en organisatorisk praksisform. Den efterfølgende gennemgang vil imidlertid afspejle de registrerede datas opdeling på praksisformer.

Den overvejende praksisform i Region Midtjylland er kompagniskabspraksis. Der er i alt 534 læger organiseret i kompagniskabspraksis, det svarer til 62 % af lægerne. Derudover er 247 læger organiseret som enkeltmandspraksis, svarende til 29 % af lægerne og 72 læger er delelæger i delepraksis, svarende til 9 % af lægerne.

Ser man på, hvordan lægerne organiserer sig i praksisformer fordelt på kommuner i regionen, er den overvejende praksisform kompagniskabspraksis. I forhold til enkeltmandspraksis er der 4 kommuner (Lemvig, Odder, Randers og Samsø), hvor dette er den overvejende praksisform. Antallet af delelæger er forholdsvis højt i Silkeborg, Favrskov, Skanderborg og Syddjurs kommuner. En oversigt over lægernes organisering i praksisformer fordelt på kommuner kan findes i bilag 2.

Tabel 2.2.1 Antal læger organiseret i praksisformer fordelt på køn og alder

Antal delelæger i delepraksis	Alder	Kvinder	Mænd	I alt	Pct. af i alt
	30-39	3	4	7	9,72
	40-49	42	9	51	70,83
	50-59	8	5	13	18,06
	60-69	0	1	1	1,39
	70+			0	0,00
Antal delelæger i delepraksis i alt		53	19	72	100,00
Kønsfordeling i procent		74	26	100	
Antal læger i enkeltmandspraksis	Alder	Kvinder	Mænd	I alt	Pct. Af i alt
	30-39	4	2	6	2,43
	40-49	18	27	45	18,22
	50-59	28	96	124	50,20
	60-69	10	62	72	29,15
	70+			0	0,00
Antal læger i enkeltmandspraksis i alt		60	187	247	100,00
Kønsfordeling i procent		24	76	100	
Antal læger i kompagniskabspraksis	Alder	Kvinder	Mænd	I alt	Pct. Af i alt
	30-39	5	11	16	3,00
	40-49	78	55	133	24,90
	50-59	91	165	256	47,94
	60-69	22	106	128	23,97
	70+		1	1	0,19
Antal læger i kompagniskabspraksis i alt		196	338	534	100,00
Kønsfordeling i procent		37	63	100	
Samlet	Alder	Kvinder	Mænd	I alt	Pct. Af i alt
	30-39	12	17	29	3,40
	40-49	138	91	229	26,85
	50-59	127	266	393	46,07
	60-69	32	169	201	23,56
	70+	0	1	1	0,12
I alt samlet		309	544	853	100,00
Kønsfordeling i procent		36	64	100	

Tabel 2.2.1 viser også antal læger i praksisformer fordelt på køn og alder. Køn har betydning for, hvilken praksisform de praktiserende læger nedsætter sig i. Både mænd og kvinder nedsætter sig for størstedelens vedkommende i kompagniskaber (ca. 62 %), men derudover foretrækker kvinder delepraksis (17 % kvindelige delelæger mod 3 % mandlige delelæger) og mænd foretrækker enkeltmandspraksis (34 % mod 19 % kvindelige læger). Denne tendens viser sig tilsvarende at gælde for alle aldersgrupper.

Inddragelse af alder viser en vis aldersforskel mellem praksisformerne. Mens der er en god aldersspredning blandt delelæger i delepraksis og læger i kompagniskaber er ca. 29 % af lægerne i enkeltmandspraksis over 60 år og ca. 79 % er over 50 år.

Ses der alene på aldersfordelingen hos mandlige og kvindelige læger er ca. 31 % af de mandlige læger over 60 år, hvor kun ca. 10 % af de kvindelige læger er i denne aldersgruppe. 49 % af de kvindelige læger er under 50 år, det gælder tilsvarende kun for ca. 20 % af de mandlige læger.

Den gennemsnitlige alder blandt de praktiserende læger i Region Midtjylland er 53 år. Ses der på lægernes alder fordelt på kommuner er der en vis spredning i kommunerne, hvor den gennemsnitlige alder varierer fra 51 år til omkring 56 år. I den yngre ende ligger Hedensted, Ringkøbing-Skjern, Silkeborg og Skanderborg kommuner, mens gennemsnitsalderen blandt lægerne er højest i Syddjurs, Lemvig og Ikast-Brande kommuner. I bilag 3 findes en oversigt over lægernes alder fordelt på kommuner.

Sammenfatning

Den foretrukne praksisform i Region Midtjylland er som vist, med enkelte afvigelser, kompagniskabspraksis. Ca. hver 4. læge organiserer sig i enkeltmandspraksis. Aldersfordelingen blandt læger organiseret i denne praksisform viser, at den typiske læge i enkeltmandspraksis er en ældre mand.

Ca. hver 11. læge er delelæge i en praksis. Der kan konstateres en kønsforskel i valg af praksisform, idet kvindelige læger i højere grad vælger at nedsætte sig i delepraksis end mandlige læger. Et flertal af de yngre læger er kvinder, og andelen af kvindelige praktiserende læger vil derfor stige i takt med at de ældre læger ophører med praksis. Det forhold, at yngre kvindelige læger foretrækker at nedsætte sig i delepraksis, kan have en betydning for den fremtidige sikring af lægedækningen i regionen.

Delepraksistilladelser indebærer et betydeligt dilemma i forhold til rekruttering og fastholdelse i almen praksis og sikring af lægedækningen i regionen. På den ene side er delepraksis en attraktiv praksisform for både yngre og ældre læger, hvorfor denne praksisform i princippet kan være et selvstændigt instrument i rekruttering og fastholdelse. På den anden side foreskriver landsoverenskomsten,³ at en delelæge som optages i en praksis ikke tæller med i den årlige opgørelse af læger i regionen eller i vurdering af arbejdsbyrde. Tilladelser til nedsættelse i delepraksis øger således ikke kapaciteten i en praksis.

Figur 2.2.2 viser fordelingen af delelæger i praksis i Region Midtjylland. Af figuren fremgår det, at antallet af delelæger er skævt fordelt i regionen.

Delepraksis er særlig udbredt i den østlige del af regionen (Favrskov, Silkeborg, Syddjurs, Skanderborg og Horsens kommuner), hvor mere end 10 % af delelægerne er nedsat. Især i den nordvestlige del (Lemvig, Struer, Holstebro og Skive kommuner) og nordøstlige del (Randers og Norddjurs kommuner) af regionen er det mindre end 5 % af delelægerne, som er nedsat i delepraksis. Figuren afspejler, at delepraksis anvendes mindst i de vestlige egne af regionen, hvor der især er store rekrutteringsproblemer.

³ Jf. Landsoverenskomsten for Almen Lægegerning § 16.

Figur 2.2.2 Fordeling af delelæger i delepraksis i Region Midtjylland



I en situation, hvor der i de kommende år kan forventes en stigende mangel på praktiserende læger, må det nøje overvejes, hvordan man skal forholde sig til delepraksistilladelser.

Som nævnt kan tilladelse til delepraksis være et fastholdelsestiltag, hvormed en ældre læge aflastes og dermed vælger at blive et par år længere i praksis. Som rekrutteringstiltag kan tilladelse til delepraksis imødekomme de behov, yngre læger har i forhold til arbejdstid og form. Det er blandt andet fleksibilitet i arbejdet af hensyn til familie og ønsket om at indgå i faglige fællesskaber. På den anden side indebærer tilladelse til delepraksis som nævnt ikke, at kapaciteten i en praksis øges, og dermed er etablering af delepraksis i sig selv en medvirkende faktor i, at manglen på praktiserende læger øges.

3. Kortlægning af lægedækningen

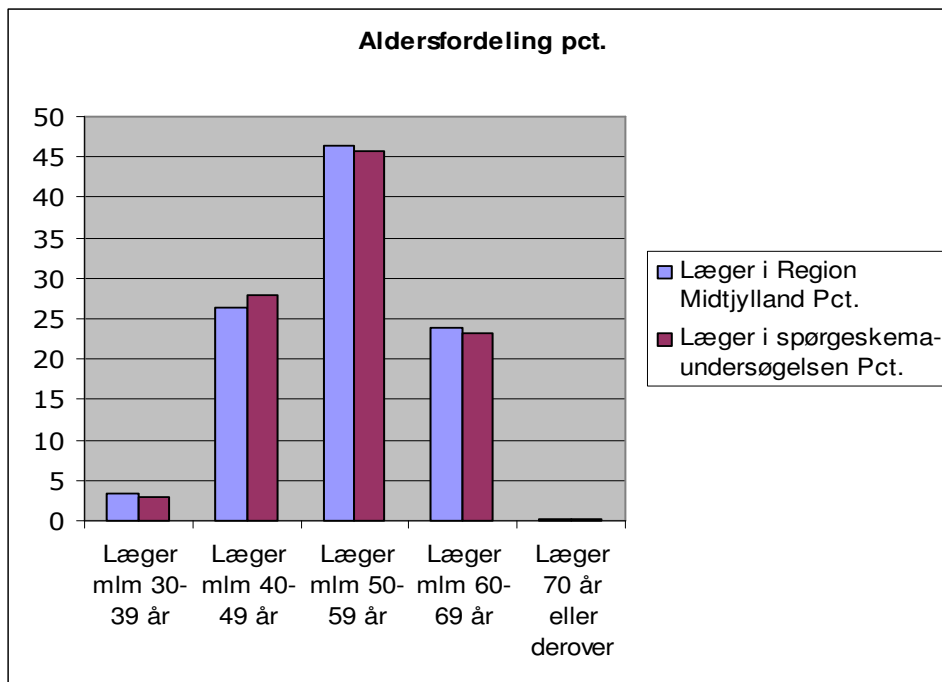
Jf. overenskomsten § 13A skal der være en delplan, som sikrer, at Samarbejdsudvalget i god tid identificerer de områder, hvor der kan forventes at opstå mangler i lægedækningen. Til brug herfor kortlægger Samarbejdsudvalget aldersprofilen blandt regionens praktiserende læger og den forventede afgang og/eller pensionering de kommende 5 år.

3.1 Aldersprofil

For at få information til brug for Region Midtjyllands rekrutterings- og fastholdelsesindsats gennemførte arbejdsgruppen en spørgeskemaundersøgelse medio marts 2007 blandt de praktiserende læger i regionen. Spørgeskemaundersøgelsen havde bl.a. til formål at afdække den fremtidige lægemangel i regionen ved undersøgelse af lægernes forventede ophør med praksis de kommende 5 år. I alt 82,5 % af regionens læger besvarede spørgeskemaet.

Af figur 3.1.1 fremgår aldersfordelingen for læger i regionen og læger i spørgeskemaundersøgelsen. Figuren viser, at ca. 70 % af lægerne i Region Midtjylland er 50 år eller derover og ca. 24 % af lægerne er 60 år eller mere. Figuren viser derudover, at undersøgelsen er udtryk for et repræsentativt udsnit af den samlede population af læger i regionen, idet aldersfordelingen er meget lig fordelingen blandt det samlede antal af læger i regionen.

Figur 3.1.1 Aldersfordeling for læger i Region Midtjylland og spørgeskemaundersøgelsen



3.2 Forventede alder ved ophør med praksis

Det er vurderingen, at den enkelte praktiserende læges forventning til ophør med praksis ikke er en helt præcis alder, men nærmere et aldersinterval. I undersøgelsen er lægerne derfor blevet anmodet om at oplyse, hvornår de tidligst henholdsvis senest forventer at ophøre med praksis. Fordelingen af lægernes svar kan findes i bilag 4.

Den gennemsnitlige alder ved tidligste angivelse for praksisophør er 62 år. Ved praksisophør som 62 årig kan det forventes, at i alt 273 praktiserende læger ophører de kommende fem år. Den gennemsnitlige alder ved seneste angivelse for praksisophør er 65 år. Ved praksisophør som 65 årig kan det forventes, at i alt 161 praktiserende læger ophører de kommende fem år. Fordelingen indenfor de enkelte år fremgår af tabel 3.2.1.

Tabel 3.2.1 Prognose over antal læger, som ophører med praksis i perioden 2007-2011, geografisk fordelt

	Antal læger, som ophører som 62 årig				Antal læger, som ophører som 65 årig			
	Øst	Midt	Vest	I alt	Øst	Midt	Vest	I alt
2007	18	11	3	32	11	6	3	20
2008	29	9	8	46	13	4	5	22
2009	21	8	11	40	11	4	5	20
2010	24	8	3	35	18	11	3	32
2011	25	5	7	37	29	9	8	46
Restgruppe, som på nuværende tidspunkt er ældre end 62 hhv. 65 år	48	14	21	83	13	7	1	21
I alt	165	55	53	273	95	41	25	161

Tabel 3.2.1 viser, at der i de kommende år vil være et større antal læger, der ophører med praksis. Det fremgår samtidig også, at der i forhold til sikring af lægedækningen er en reserve blandt lægerne, der kan udnyttes, hvis tilbagetrækningsalderen ændres fra 62 til 65 år. Af tabellen fremgår også, at der er flest læger, der ophører i den østlige del af regionen. Det kan dog dække over, at der er flere læger her end i andre dele af regionen.

3.3 Forventede antal færdiguddannede praktiserende læger

Tabel 3.3.1 viser en opgørelse over det forventede antal af færdiguddannede praktiserende læger i regionen i perioden 2007-2011. Distrikterne er inddelt efter Øst (Århus, Odder, Skanderborg, Favrskov, Norddjurs, Syddjurs, Randers, Hedensted og Horsens), Midt (Viborg, Ikast-Brande og Silkeborg) samt Vest (Herning, Holstebro, Skive, Struer, Lemvig og Ringkøbing-Skjern).

Tabel 3.3.1 Antal forventede færdiguddannede praktiserende læger i Region Midtjylland⁴

	2007	2008	2009	2010	2011	I alt
Øst	14	12	18	17	23	84
Midt	4	6	12	18	13	53
Vest	5	6	5	10	10	36
I alt	23	24	35	45	46	173

Det fremgår af tabel 3.3.1, at der er færre færdiguddannede praktiserende læger i vest end i resten af Region Midtjylland. Dette skyldes, ud over at der her er et mindre behov for læger, at det er svært at besætte oplåede uddannelsesstillinger i vest.

Tabel 3.3.2 sammenligner tabel 3.3.1 og tabel 3.2.1.

3.3.2 Difference mellem afgang og tilgang ved ophør med praksis som hhv. 62 årig og 65 årig

	2007		2008		2009		2010		2011		I alt	
	62 år	65 år	62 år	65 år	62 år	65 år	62 år	65 år	62 år	65 år	62 år	65 år
Øst	-4	3	-17	-1	-3	7	-7	-1	-2	-6	-33	2
Midt	-7	-2	-3	2	4	8	10	7	8	4	12	19
Vest	2	2	-2	1	-6	0	7	7	3	2	4	12
I alt	-9	3	-22	2	-5	15	10	13	9	0	-17	33

Af tabel 3.3.2 kan det ses, om de færdiguddannede praktiserende læger kan dække afgang af praktiserende læger i regionen de kommende år. Ved ophør som 62 årig hhv. 65 årig kan behovet for læger samlet set dækkes i midt og vest. De største forskelle mellem afgang og tilgang findes i den østlige del af Region Midtjylland, jf. markeringerne i tabellen. I den østlige del af regionen, er der samlet set behov for 33 læger ved en forventet gennemsnitlig ophørsalder på 62 år. Det kan dog ikke heraf konkluderes, at der ikke opstår en problemstilling i forhold til mangel på læger i den vestlige del af regionen, idet andelen af antal læger i vest er mindre end i øst. Omfanget ser derfor mindre ud. Generelt viser tabellen, at lægernes tilbagetrækningstidspunkt har en afgørende betydning for omfanget af problemerne med sikring af lægedækningen i Region Midtjylland. Det skal bemærkes at der ikke er taget højde for andre faktorer, så som befolkningstilvækst, læger som på nuværende tidspunkt er mere end hhv. 62 år og 65 år og ledige ydernumre. Disse inddrages i tabel 3.4.2.

⁴ Opgørelsen er baseret på konkrete igangværende forløb. Det faktiske tidspunkt for færdiggørelse kan dog ændres eksempelvis på grund af barsel, sygdom eller lignende. I 2008 uddannes færre speciallæger og i 2010 flere speciallæger end normalt. Dette skyldes en omlægning i uddannelsesbestemmelserne med forlængelse af speciallægeuddannelsen med et år.

3.4 Behov i lægedækningen de kommende 5 år

Tabel 3.4.1 viser befolkningstilvæksten i Region Midtjylland i perioden 2007-2011. Der er for perioden en positiv befolkningstilvækst i hele regionen. Den procentvise stigning viser dog en faldende vækstrate over perioden. For regionen som helhed er vækstraten ca. 0,4-0,5 %, i Østjylland ca. 0,6-0,7 % og i Vestjylland ca. 0,08-0,15 %. Befolkningstilvæksten alene medfører, alt andet lige, et behov for flere læger. For Region Midtjylland samlet set omkring 4 læger hvert år.

Tabel 3.4.1 Befolkningstilvæksten i Region Midtjylland 2007-2011⁵

	2007	2008	2009	2010	2011
Region Midtjylland	1.227.428	1.234.155	1.240.479	1.246.504	1.252.263
Difference		6.727	6.324	6.025	5.759
% tilvækst		0,55	0,51	0,49	0,46
Antal læger		4,20	3,95	3,77	3,60

I tabel 3.4.2 er de samlede forventninger om tilgang og afgang af læger, herunder ubesatte stillinger samt befolkningstilvæksten i regionen sammenholdt.

Tabel 3.4.2 Mangler i lægedækningen i Region Midtjylland 2007-2011

Ved ophør som 62 årig	2007	2008	2009	2010	2011	I alt
Behov som følge af befolkningstilvækst	4	4	4	4	4	20
Ophør som 62 årig	32	46	40	35	37	190
Restgrp > 62 år, jævnt fordelt (i alt 83 læger)	17	17	17	16	16	83
Ledige ydernumre	22	0	0	0	0	22
I alt	75	67	61	55	57	315
Antal færdiguddannede	23	24	35	45	46	173
Mangler i alt	52	43	26	10	11	142
Ved ophør som 65 årig	2007	2008	2009	2010	2011	2011
Behov som følge af befolkningstilvækst	4	4	4	4	4	20
Ophør som 65 årig	20	22	20	32	46	140
Restgrp > 65 år, jævnt fordelt (i alt 21 læger)	5	4	4	4	4	21
Ledige ydernumre	22	0	0	0	0	22
I alt	51	30	28	40	54	203
Antal færdiguddannede	23	24	35	45	46	173
Mangler i alt	28	6	-7	-5	8	30

På landsplan har gennemsnitsalderen ved ophør i praksis siden 1990 ligget stabilt på ca. 60 år og den årlige afgang skønnes til 200 læger pr. år ved en fortsat ophørsalder på 60 år.

⁵ Folketal pr. 1. januar 2007, Danmarks Statistik.

Spørgeskemaundersøgelsen blandt de praktiserende læger i Region Midtjylland viser, at den gennemsnitlige alder ved tidligste angivelse for praksisophør er 62 år. Tabel 3.4.2 viser, at såfremt alle læger i regionen ophører som 62-årige, vil der over de næste fem år mangle i alt 142 læger. Det svarer til at 227.200 borgere vil stå uden læge. Fortsætter lægerne derimod til de er 65 år vil der de næste fem år mangle 30 læger. Det svarer til, at 48.000 borgere vil mangle en læge.

Disse beregninger viser tydeligt, at lægernes tilbagetrækningsalder er af afgørende betydning i forhold til sikringen af den fremtidige lægedækning i Region Midtjylland. Tre år længere i praksis for lægerne medfører, at 'kun' hver 25. frem for hver ca. 5. borger vil mangle læge om fem år. Et vigtigt redskab i indsatsen er derfor at arbejde på fastholdelse af de ældre læger, så de bliver i praksis i flere år, end det er tilfældet nu.

Region Midtjylland vil de kommende år tage udfordringen op i forhold til at dække lægebehovet. Lægernes alder og tilbagetrækningstidspunkt taget i betragtning viser det sig, at antallet af færdiguddannede praktiserende læger ikke overordnet set kan dække afgang i praksis. Denne overordnede tendens dækker over, at afgang i nogle områder og i nogle perioder godt kan dækkes.

4. Tiltag for almen praksis i Region Midtjylland

For at sikre den fremtidige lægedækning for borgere i Region Midtjylland, er der behov for en målrettet indsats i form af såvel fastholdelsestiltag som rekrutteringstiltag overfor de praktiserende læger. Det er samtidig vigtigt at målrette indsatsen således, at Region Midtjylland af både kommende og nuværende praktiserende læger opfattes som et attraktivt sted at nedsætte sig i praksis.

Spørgeskemaundersøgelsen havde til formål at indhente information til brug for rekrutterings- og fastholdelsesindsatsen i regionen, som i videst muligt omfang er indarbejdet i den efterfølgende gennemgang. Lægerne har samtidig haft mulighed for at kommentere undersøgelsen, hvor også disse besvarelser er brugt som informationskilde i forhold til indsatsområder. Lægernes kommentarer til undersøgelsen kan ses i bilag 5.

4.1 Fastholdelsestiltag

Jf. overenskomsten § 13A skal der være en delplan, som indeholder redskaber til at modvirke mangler i lægedækningen ved at motivere ældre læger til at udskyde deres pensioneringstidspunkt.

Forhold, som kan bidrage til udsættelse af tidspunkt for afhændelse af praksis

De praktiserende læger har i spørgeskemaundersøgelsen vurderet, i hvor høj grad forskellige forhold vil bidrage til at udsætte tidspunktet for afhændelse af deres praksis, jf. tabel 4.1.1.

Tabel 4.1.1 Vurdering af forhold, som kan bidrage til udsættelse af tidspunkt for afhændelse af praksis

	I høj grad	I mindre grad	Ingen betydning	Ved ikke	Ubesvaret	I alt i pct.
Vikarordning	30	28	20	13	9	100
Sammenlægning af praksis	10	16	52	10	12	100
Anskaffelse/opdatering af EDB	4	11	63	7	15	100
Nedsættelse i arbejdstiden	65	18	10	4	3	100
Øvrige lettelser i arbejdsmængden	58	17	9	7	9	100

I forhold til vikarordning har ca. 58 % af lægerne besvaret, at dette i høj grad/i mindre grad vil bidrage til udsættelse af tidspunktet for afhændelse af praksis.

I forhold til sammenlægning af praksis mener 26 % af lægerne, at dette i høj grad/i mindre grad vil kunne udsætte tidspunktet for praksisophør. Samtidig har 52 % af lægerne svaret, at det er uden betydning. (Som rekrutteringstiltag vurderer arbejdsgruppen, at sammenlægning af praksis har en betydning).

I forhold til anskaffelse/opdatering af Edb er det kun en mindre del af lægerne, som mener dette har betydning. I alt 15 % svarer således i høj grad/i mindre grad mens 63 % af lægerne peger på, at det er uden betydning.

Undersøgelsen viser entydigt, at nedsættelser i arbejdstiden samt øvrige lettelser i arbejdsmængden i høj grad vil bidrage til at udsætte tidspunktet for praksisophør.

Det bør på den baggrund undersøges nærmere, hvordan arbejdsmængden kan gøres mindre belastende for de ældre læger, således at det forhindrer en negativ spiral, hvor læger vælger tidlig pensionering for at beskytte sig mod voksende arbejdsmængde.

Andre forhold, som kan bidrage til udsættelse af tidspunkt for afhændelse af praksis

I et åbent spørgsmål, er lægerne blevet bedt om at beskrive andre forhold, som kan bidrage til at udsætte tidspunktet for afhændelse af deres praksis. 21 % af lægerne har besvaret dette spørgsmål. Størstedelen af svarene kan samles på 5 områder, som omfatter:

- vagtfritagelse, som er største fællesnævner i besvarelsene
- mulighed for tilladelse til delepraksis
- bedre honorering/økonomi
- mindre administrativt arbejde og
- bedre lokaler/udbygning med henblik på at skabe mulighed for ansættelse af praksispersonale og dermed blive aflastet

Vagtfritagelse er et udbredt ønske blandt de ældre praktiserende læger. Efter Landsoverenskomsten om almen lægegering er regionen ansvarlig for tilrettelæggelsen af lægebetjeningen uden for de alment praktiserende lægers dagarbejdstid. Lægebetjeningen skal tilrettelægges således at det sikres, at patienter, der har behov for (almen) lægehjælp i vagttiden, på rimelig måde kan få adgang til denne lægehjælp. Til varetagelsen af lægebetjeningen uden for dagtiden etablerer de alment praktiserende læger vagtordninger.

Efter overenskomsten er alle læger forpligtet til at deltage i vagten, I Region Midtjylland er det for nuværende muligt for læger over 60 år, at blive fritaget for vagter. Derudover kan læger under 60 år få tilladelse til vagtfritagelse, hvis vedkommende eksempelvis har en sygdom.

Interesse som vikar og for vagtarbejde efter praksisophør

De praktiserende læger er i spørgeskemaundersøgelsen blevet adspurgt om deres interesse som vikar og for vagtarbejde efter afhændelse af praksis. Undersøgelsen viser, at 48 % af lægerne er interesseret i ansættelse som løs/fast vikar efter praksisophør. Vikaransættelse ønskes typisk et par dage om ugen eller som periodevis ansættelse.

Undersøgelsen viser derudover, at kun 15 % af lægerne har tilkendegivet interesse for at fortsætte med vagtarbejde efter praksisophør.

Arbejdsgruppens anbefalinger til fastholdelsestiltag for almen praksis i Region Midtjylland

- Som tiltag til at reducere arbejdsmængden for den ældre læge, anbefaler arbejdsgruppen, at understøtte en udvikling i retning af øget brug af praksispersonale for ældre læger. Praksispersonale kan udføre en række behandlinger og undersøgelser, hvor det ikke er påkrævet at lægen medvirker. Det kan frigøre tid til den praktiserende læge og dermed medvirke til at reducere arbejdsmængden.
- Ifølge Landsoverenskomstens § 16 kan delepraksis etableres, hvis Samarbejdsudvalget giver sin tilladelse hertil. For den ældre læge kan muligheden for etablering af delepraksis skabe den fornødne aflastning, hvormed den ældre læge vælger at blive et par år yderligere. Jf. den tidligere beskrevne problemstilling vedrørende delepraksis under kapitel 2.2 anbefaler arbejdsgruppen, at tilladelse til etablering af delepraksis sker efter en konkret vurdering i det enkelte tilfælde.
- Åbning for tilgang i delepraksis. Ifølge Landsoverenskomsten skal praksis, som etablerer delepraksis lukes for tilgang efter nærmere fastlagte retningslinier. Der er i dag i vidt omfang etableret delepraksis i Region Midtjylland begrundet i aflastning og gradvis generationsskifte. I flere byer er der mange praksis, der har lukket for tilgang af patienter, hvilket forringer borgernes muligheder for valg af læge. Med henblik på at sikre den lægelige kapacitet, borgernes valgmulighed og service samt øge samarbejdet blandt de praktiserende læger foreslår arbejdsgruppen, at der i særlige tilfælde kan gives tilladelse til åbning for tilgang i delepraksis med en nærmere afgrænset udvidelse. Formålet er at sikre, at borgere har adgang til en læge. Tilladelse til åbning for tilgang bør ske efter en konkret vurdering i det enkelte tilfælde.
- Undersøgelsen peger på, at der kan være en sammenhæng mellem muligheden for at opnå aflastning med praksispersonale og praksis' lokaleforhold. Det bør undersøges nærmere, om der er mulighed for, som fastholdelsestiltag at facilitere bedre lokaleforhold med henblik på at praksis kan ansætte praksispersonale og dermed aflaste den ældre læge.
- Mindre administrativt arbejde nævnes som forhold, som kan få ældre læger til at udsætte tidspunktet for afhændelse af praksis. Som tiltag, der kan aflaste de ældre læger, foreslår arbejdsgruppen, at der eksempelvis på den driftsmæssige side tilrettelægges forløb med hjælp til IT og/eller dataforhold. Regionen har bl.a. datakonsulenter ansat, som kan indsættes som støttefunktion. Der kan også tænkes anvendelse af andre administrativt uddannede faggrupper i lignende støttefunktioner (regnskab, revision, administrative funktioner i relation til personale m.v.).

- For at gøre vilkårene i praksis mere attraktive i forhold til bedre udnyttelse af ressourcer, arbejdstider og arbejdsmængde, er det vigtigt at organiseringen af praksis er optimal. Til dette formål anbefaler arbejdsgruppen, at der sættes fokus på udbredelsen af de opgaver, som Region Midtjyllands praksisudviklingskonsulenter varetager. Praksisudviklingskonsulenternes rolle er at hjælpe med at skabe udvikling i praksis, både organisatorisk og fagligt. Arbejdet sker gennem kurser, implementering af vejledninger eksempelvis fra DSAM, udarbejdelse af vejledninger omkring uddelegering af kompetencer til praksispersonale og redskaber og procedurer for bedre tilrettelæggelse af den daglige praksisdrift.
- Undersøgelsen viser, at der er en større potentiel arbejdsreserve blandt de pensionerede læger, hvor mange tilkendegiver interesse for at arbejde som vikar efter praksisophør. Det vil i den sammenhæng blive undersøgt nærmere, hvordan man kan drage fordel af denne reserve ved oprettelse og drift af et vikarbureau.

Iblandt ovenstående anbefalinger er der generelle anbefalinger, som kan iværksættes for regionen som helhed og der er anbefalinger, som kan bringes i anvendelse i forhold til konkrete problemstillinger. I forhold til sidstnævnte vil det afhænge af den konkrete situation og områdets lægedækning i øvrigt, hvilke fastholdelsestiltag, som hensigtsmæssigt kan iværksættes. Regionen vil arbejde for at være fleksibel inden for de overordnede rammer i forhold til at finde velegnede løsninger for borgerne, lægerne og lokalområdet i øvrigt.

4.2 Rekrutteringstiltag

Jf. overenskomsten § 13A skal der være en delplan, som indeholder redskaber til at motivere kommende speciallæger og færdiguddannede speciallæger til hurtigt at nedsætte sig som praktiserende læger.

Rekruttering af praktiserende læger er kompleks, idet det dels drejer sig om at få de nyuddannede læger til at vælge almen medicin som speciale, samt efterfølgende at sikre, at de færdiguddannede speciallæger nedsætter sig i praksis i regionen. For at opnå dette, er det vigtigt at få afdækket de yngre lægers ønsker og krav til deres fremtidige nedsættelse i praksis.

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) gennemførte i 1998 en spørgeskemaundersøgelse⁶ blandt læger under uddannelse til almen praksis, læger som havde opnået speciallægeanerkendelse i almen medicin, men ikke nedsat sig i praksis og læger i turnusstilling.

⁶ "Rapport fra Rekrutteringsudvalget", Praktiserende Lægers Organisation, 1998.

Undersøgelsen peger på, at 88 % ønsker at nedsætte sig i flerlægepraksis. Næsten halvdelen peger på fleksibel arbejdstid og arbejdsmængde som forhold, der kan øge tilgangen til almen praksis.

Blandt faktorer, som kan virke negativt for tilgangen til almen praksis angiver 72 % lang daglig arbejdstid og 62 % højt arbejdstempo. Ca. 60 % angiver risiko for faglig stagnation som en bekymring. Gennemsnitligt 51 % peger på livslang vagtbelastning som et problem.

Uddannelsesforløb

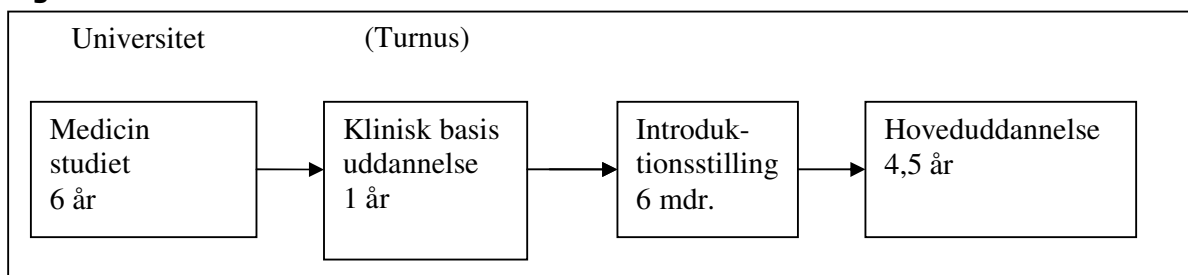
For at give en forståelse for den overordnede uddannelsesmæssige ramme for rekruttering til almen praksis er de praktiserende lægers uddannelsesforløb skitseret i det følgende.

Universitetsuddannelsen indeholder introduktion til de forskellige specialers områder, herunder også til Almen medicin. Efter kandidatuddannelsen tildeles alle læger et basis uddannelsesforløb (tidligere kaldet turnusforløb) af 12 måneders varighed. De fleste forløb (80 %) er opbygget med 6 måneders ansættelse på sygehusafdeling og 6 måneder i almen praksis som praksisreservelæge. Efter godkendt basisuddannelse kan lægerne påbegynde en videreuddannelse til speciallæge i et af de 37 lægelige specialer. Speciallægeuddannelsen i Almen medicin har en varighed af 5 år og består af en introduktionsstilling af 6 mdr. varighed i almen praksis og et hoveduddannelsesforløb af 4½ års varighed.

Formålet med introduktionsstillingen er at udvælge de læger, som er egnede til at blive speciallæger i Almen medicin, og ansættelsen afsluttes med en vurdering af, om lægens forløb kan godkendes. Der opslås ca. 20 % flere introduktionsstillinger end antallet af hoveduddannelsesforløb. Det skyldes, at der tages højde for læger, der ikke godkendes, eller som fortryder deres valg af speciale og søger videre til introduktionsstilling i andet speciale. Hvis lægen ikke har været i almen praksis i basisuddannelsen, kræves yderligere 6 måneders introduktionsstilling.

Hoveduddannelsen starter og slutter i almen praksis, men indeholder også 2½ års ansættelse på forskellige sygehusafdelinger og et sideløbende teoretisk uddannelsesforløb. Efter afslutning af hoveduddannelsen opnår lægen anerkendelse som speciallæge i Almen medicin, hvorefter lægen kan fungere som praktiserende læge, jf. også nedenstående figur 4.2.1.

Figur 4.2.1 Uddannelsesforløb



Uddannelseskoordinatorer, DYNAMU, PKL'er og Praksiskonsulent for yngre almenmedicinere

Det er vigtigt, at have fokus på, at tiltrække kommende læger i praksisreservelægetiden, da det er en periode, som ofte er afgørende for, om det bliver almen praksis, der vælges som speciale. Her spiller tutorlægerne en stor rolle, som regionen kan være behjælpelige med at støtte op om, ved bl.a. at ansætte uddannelseskoordinatorer. Uddannelseskoordinatorerne kan støtte og vejlede praksisreservelægerne og koordinere tutorernes indsats.

Uddannelseskoordinatorer

En række praktiserende læger spiller en stor rolle i speciallægeuddannelsen og i rekrutteringen til almen praksis. Disse uddannelseskoordinatorer bistår med tilrettelæggelse af basisuddannelsen og speciallægeuddannelsen, og de kan bistå de enkelte praksis og yngre læger med rådgivning og støtte. Rekruttering sker i høj grad blandt praksisreservelæger i basisuddannelsen, hvorfor koordinatorerne har en stor rolle her også.

Der er ansat 8 uddannelseskoordinatorer med hver sit distrikt i Region Midtjylland under Kontoret Lægelig Uddannelse. Uddannelseskoordinatorerne deltager i fordeling af læger på praksis og deltager i udvælgelse af læger til introduktions- og hoveduddannelsen. De har løbende kontakt til både tutorlæger i praksis og til de yngre læger og hjælper med at sikre de bedste rammer for speciallægeuddannelsen. Koordinatorerne arbejder med at opbygge netværk blandt tutorpraksis og yngre læger med interesse for praksis, og de tilrettelægger og deltager i undervisningen af de yngre læger på temadage og af tutorlæge på tutorlægekurser.

Postgraduate kliniske lektorer (PKL)

En særlig gruppe af uddannelseskoordinatorer er de postgraduate kliniske lektorer (PKL), som er ansat dels af Aarhus Universitet, dels af Region Midtjylland sideløbende med deres arbejde som alment praktiserende læger. Deres opgave er at sikre udbredelsen af pædagogiske metoder relevant for speciallægeuddannelsen i Almen medicin til alle tutorlægepraksis og at rådgive regionen og Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse omkring speciallægeuddannelsen. PKL indstiller tutorlægepraksis og uddannelsesprogrammer til godkendelse i Det Regionale Råd og følger på Rådets vegne kvaliteten af speciallægeuddannelsen i Almen medicin både i praksis og på sygehuse. De tre PKL i Region Midtjylland arbejder tæt sammen med de øvrige uddannelseskoordinatorer og DYNAMU.

Den Yngre Almen Medicinske Uddannelseskoordinator (DYNAMU)

Hver af de tre PKL arbejder tæt sammen med og assisteres af en yngre læge, som er i gang med en speciallægeuddannelse i Almen Medicin. DYNAMU er et vigtigt bindeled til de yngre læger, der er i gang med en videreuddannelse i Almen Medicin og fungerer som igangsætter og inspirator til uddannelsesprojekter i regionen.

Praksiskonsulent for yngre almenmedicinere

I regionen er der ansat én praksiskonsulent for yngre almenmedicinere, som er en videreførelse af en tidligere ordning i den østlige del af regionen. Det er formålet at udbrede konsulentfunktionen til at omfatte den øvrige del af regionen.

Processen fra yngre læge mod fastansættelse i et speciale er lang og fyldt med overvejelser. Det gælder også for den yngre almen mediciner, der er klar til at starte som praktiserende læge. Overvejelser som vikaransættelse, køb af praksis og de dermed forbundne opgaver som økonomi, personaleforhold og arbejdstilrettelæggelse kan være medvirkende til at udsætte tidspunktet for nedsættelse i praksis.

Formålet med konsulentfunktionen er derfor, at forbedre overgangen fra almen medicinsk bloklæge til nedsat praktiserende læge. Det er et mål at stimulere flere speciallæger til at blive i deres speciale. Derudover også at øge kendskabet til de lokale samarbejdspartnere, således at de hurtigere bliver parat til at starte som alment praktiserende læger.

Som det fremgår af ovennævnte gennemgang, findes der i Region Midtjylland en række konsulentfunktioner, som kan bidrage til at sikre, at praksisreservelæger gøres interesserede i almen praksis som speciale. De kan samtidig også bidrage til at yngre læger i den almen medicinske speciallægeuddannelse på bedste vis hjælpes igennem specialuddannelsen, herunder til hurtigere at nedsætte sig i almen praksis.

Arbejdsgruppens anbefalinger til rekrutteringstiltag for almen praksis i Region Midtjylland

- For at sikre rekruttering til specialet almen praksis foreslår arbejdsgruppen, at der tilrettelægges en mere koordineret opfølgning overfor de gode initiativer og opgaver som løses i de nævnte forskellige konsulentordninger, og gerne i områder af regionen, hvor det er vanskeligt at rekruttere læger. I forhold til praksiskonsulentordningen for yngre almenmedicinere, foregår arbejdet bl.a. ved:
 - At yngre almenmedicinere inviteres til uddannelsesrelevante møder og kurser. Eksempelvis PLO forårs- og efterårsmøde, aftenmøder for praktiserende læger, og lokalt lægevagtskursus.
 - At de modtager faglig information, som er relevant for uddannelsen og det nuværende eller snarligt kommende arbejde i praksis
 - At forbedre formidlingen af vikariater og information om praksis til salg. Her arbejdes gennem videresendelse af annoncer via e-mails fra læger, som søger vikar, kompagnon eller efterfølger til ikke-nedsatte speciallæger, de snarligt færdige speciallæger samt tidligere praktiserende læger, som fortsat ønsker at vikariere i praksis.
 - At praksiskonsulenten for yngre almenmedicinere er ressourceperson for gruppen af ikke nedsatte speciallæger mht. tanker, overvejelser og behov for hjælp i forbindelse med indgåelse af vikariat eller køb af praksis. Dels ved mulighed for mail, dels ved telefonisk kontakt.
 - I den vestlige del af regionen, hvor man i lighed med praksiskonsulenten for yngre almenmedicinere i øst har arbejdet med yngre læger, nævnes tillige et tiltag. Her har man haft god erfaring med at danne netværksgrupper blandt almenmedicinere i uddannelse sammen med de nystartede læger i praksis. Grupperne sørger selv for planlægning af undervisning og oplæg til diskussion. Netværksgrupperne er med til at sikre tilhørsforhold til et geografisk område og danne lægekultur tidligt i uddannelsen.
- For at have en bred tilgængelighed af tutorpraksis foreslår arbejdsgruppen at facilitere praksis i områder med få tutorpraksis til at etablere mulighed for at blive tutorpraksis. Det kan eksempelvis være i forhold til indretning af arbejdsplads, lokaler og evt. udbygning. For at motivere praksis til at etablere sig som tutorpraksis er det samtidig vigtigt, at der sikres en kontinuerlig tilgang af uddannelseslæger til praksis. I fordelingen af uddannelseslæger til tutorpraksis foreslår arbejdsgruppen, at det samtidig sker med et rekrutteringssigte for øje. Det er vigtigt, at få uddannelseslægerne til områder med rekrutteringsmæssige udfordringer. Det er i den sammenhæng vigtigt, at der samarbejdes med Kontoret Lægelig Uddannelse, som har tutorområdet som arbejdsområde. Samtidigt hermed stilles der krav således, at uddannelsens kvalitet er i orden.

- I samarbejde med uddannelseskoordinatorer, DYNAMU, PKL'er og Praksiskonulent for yngre almenmedicinere foreslår arbejdsgruppen, at der tilrettelægges en koordineret indsats overfor de alment praktiserende læger med det formål at udbrede anvendelsen af færdiguddannede læger i vikarsammenhænge. Der findes en ordning i den østlige del af regionen, som ønskes udbredt til den øvrige del af regionen. Blandt læger i vanskeligt rekruterbare områder vil dette også være i egeninteresse i rekrutteringsøjemed. Ansættelse som vikar anses som et middel til at fremme rekruttering og have en positiv indvirkning på hurtig nedsættelse som praktiserende læge.
- Som rekrutteringstiltag foreslår arbejdsgruppen, at regionen udarbejder en folder "Nedsættelse som praktiserende læge i Region Midtjylland". Folderen skal samle oplysninger om, hvor der kan rettes henvendelse (kontaktpersoner med oplysning om telefonnumre mm.) ved forskellige spørgsmål. Eksempelvis: hvor er der ledige ydernumre i regionen, hvor er der praksis til salg (henvendelse til praksisenhederne i regionen), Henvisninger til konsulentordninger, ekspertviden i forhold til edb, apparatur mv.
- For at gøre rekruttering mere attraktiv foreslår arbejdsgruppen, at der tilrettelægges en indsats, hvor regionen i samråd med kommunerne faciliterer at finde ægtefællebeskæftigelse, stille tjenestebolig til rådighed, tilbyde institutionsplads mv.
- Som rekrutteringstiltag og for at gøre almen praksis til en attraktiv arbejdsplads kan etablering af flerlægepraksis give mulighed for at sikre kollegialitet, fagligt fællesskab, kortere arbejdsdage og fleksible arbejdsvilkår. Etablering i flerlægepraksis er beskrevet særskilt i 4.3.
- Yngre læger, der søger ansættelse i uddannelsesforløb i Almen medicin bør sikres den samme adgang til hospitalernes lægeboliger som læger, der er ansat ved hospitalet. Yngre læger, som gennemfører eller har gennemført videreuddannelse i Almen medicin bør sikres tilbud om, at de kan forblive i lægebolig en given årrække ved nedsættelse som praktiserende læge.

4.3 Etablering i flerlægepraksis

Jf. overenskomstens § 13A skal der være en delplan for, hvorvidt regionen og/eller en kommune kan stille velegnede lejemål til rådighed for grupper af praktiserende læger med henblik på at understøtte en udvikling mod flerlægepraksis og om der er behov for særlige incitamenter for at motivere læger til at etablere sig i flerlægepraksis.

Etablering af bæredygtige praksis og sikring af tilgængelighed til praksis i landområder er tæt relaterede til spørgsmålet om rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger. Region Midtjylland vil derfor arbejde for en generel strukturudvikling i almen praksis med sigte på at fremme hensynet for bæredygtige praksis i regionen i fremtiden.

Det indebærer, at der er fokus på praksis, som geografisk har en beliggenhed, hvor det kan være vanskeligt i fremtiden at rekruttere læger. Regionen er derfor velvillige overfor at indgå i dialog med grupper af læger omkring strukturudvikling af praksissektoren med flerlægepraksis for øje. En konsekvens ved at etablere flerlægepraksis er, at udbuddet af praksis bliver færre, hvilket kan gøre det vanskeligere at sikre borgerne valgmulighed mellem flere praksis indenfor 15 km fra borgernes bopæl som angivet i overenskomsten.⁷

Argumenter for at samle læger i større enheder

Etablering i flerlægepraksis kan eksempelvis være i form af en samarbejdspraksis. Ved en samarbejdspraksis forstås praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmandspraksis- og/eller kompagniskabspraksis med hver deres patientkreds. Der er ofte tale om fællesskab om lokaler og helt eller delvist om personale. Flerlægepraksis rummer en række fordele, som er oplistet nedenfor:

- Flerlægepraksis giver bedre mulighed for at skabe et fagligt miljø, som samtidig kan være til gavn for kvalitetsudviklingen.
- Flerlægepraksis giver bedre mulighed for anskaffelse af det fornødne udstyr – herunder IT-systemer.
- Flerlægepraksis har som følge af større bredde i aktiviteter og lokalemæssigt bedre mulighed for at uddanne nye almen medicinere.
- Flerlægepraksis giver mulighed for bedre at kunne håndtere et større antal tilmeldte patienter, idet flerlægepraksis ofte kan drives, så der opnås en mere rationel og effektiv drift.
- Flerlægepraksis giver mulighed for at organisere praksis, så den enkelte læges ønske om fleksible arbejdstider imødekommes.
- Flerlægepraksis giver bedre mulighed for at ansætte praksispersonale og dermed aflaste lægerne samt yde et bredere tilbud indenfor f.eks. forebyggelse.

Enkeltmandspraksis er generelt mindre attraktive for yngre læger, og især enkeltmandspraksis beliggende i landområder. Det viser sig i forbindelse med vanskeligheder ved afhændelse af praksis. Undersøgelser viser, at yngre læger generelt foretrækker at arbejde i faglige fællesskaber⁸. For Region Midtjyllands vedkommende kan en tilsvarende sammenhæng aflæses. Mens der er en god aldersspredning i delepraksis og kompagniskabspraksis er ca. 84 % af lægerne i enkeltmandspraksis over 50 år. Derfor kan læger, der er etableret i enkeltmandspraksis overveje at gøre deres praksis mere attraktiv i forbindelse med en fremtidig afhændelse, ved f.eks. at indgå i flerlægepraksis. En anden mulighed kan være, at søge optagelse i en eksisterende flerlægepraksis.

Samarbejdspraksis og andre former for samarbejde

Med henblik på at understøtte en udvikling med flerlægepraksis for øje, er lægerne i spørgeskemaundersøgelsen blevet adspurgt til, hvor mange der indgår i samarbejdspraksis. I alt 124 læger svarende til knap 1/5 del af lægerne har svaret, at de indgår i samarbejdspraksis. Det er overvejende læger organiseret i enkeltmandspraksis, som har svaret, at de indgår i samarbejdspraksis (55 %).

⁷ Jf. Landsoverenskomstens § 28, stk. 1.

⁸ Jf. Rapport fra Rekrutteringsudvalget, december 1998. Praktiserende lægers Organisation.

Lægerne er i undersøgelsen blevet bedt om at kommentere på, om de indgår i andre former for samarbejde. 220 læger har besvaret dette spørgsmål svarende til 31 %. Blandt de læger, som indgår i samarbejdspraksis, har i alt 39 af dem yderligere kommenteret på, at de indgår i andre former for samarbejde. Blandt andre former for samarbejde angives hovedsageligt følgende former, hvor rækkefølgen er listet efter antallet af besvarelser.

- Daging⁹
- Fredag eftermiddags dækning
- Generelt samarbejde med omkringliggende praksis
- Samarbejde i forbindelse med ferie, kurser og sygdom

Derudover har i alt 181 læger, som ikke indgår i samarbejdspraksis kommenteret spørgsmålet vedrørende andre former for samarbejde. Her fordeler kommentarerne sig overvejende omkring følgende former:

- Daging
- Generelt samarbejde med omkringliggende praksis
- Samarbejde i forbindelse med ferie, kurser og sygdom
- Fredag eftermiddags dækning
- Samarbejde omkring vagtdækning

Det kan af undersøgelsens svar ses, at der eksisterer et udbygget samarbejde blandt lægerne omkring praksisforhold. Det er forhold, som regionen vil sætte fokus på fortsat at udvikle.

Arbejdsgruppens anbefalinger vedrørende etablering i flerlægepraksis

- Ofte kan lokale hindringer af byplanmæssig art gøre det vanskeligt at finde egnede lokaler til praksis. Andre steder er der mangel på erhvervslejemål med en tilstrækkelig størrelse. Der kan generelt også være hindringer for praksis, som selv ejer de lokaler, som praksis drives fra. Har en praksis behov for at komme i dialog med en kommune vedrørende velegnede lejemål vil Region Midtjylland og Praksisudvalget i et samarbejde gerne være behjælpelige med at rette henvendelse til kommunen.
- Etablering i flerlægepraksis kan være en langstrakt proces, fra ideen formes til selve etableringen er gennemført. Har praksis behov for hjælp til denne proces vil Praksisudvalget og Region Midtjylland generelt være yderst behjælpelige med at understøtte processen. Det kan bl.a. være i form af at skabe kontakt til praksis, som har gennemført en tilsvarende proces og dermed mulighed for at kunne indhente erfaringer fra andre kolleger, via hjælp fra praksisudviklingskonsulenter, afklaring af juridiske tvivlsspørgsmål m.v.
- Det bør undersøges nærmere, om der er behov for særlige incitamenter til at motivere læger til at etablere sig i flerlægepraksis. Det kan eksempelvis være ved at regionen faciliterer etablering af fælles telefonnetværk og drifter nye IT systemer eller at facilitere rekruttering af praksispersonale.

⁹ Ved daging forstås en gruppe af læger, som indgår aftaler om at varetage telefoner for hinanden i dagtiden ved fravær.

4.4 Ved læges praksisophør uden overtagelse

Jf. overenskomsten § 13A skal der være en delplan, som indeholder redskaber for, hvordan Samarbejdsudvalget skal håndtere situationer, hvor en læge ophører uden at praksis overtages af en anden læge.

Det er vigtigt, at der i regionen findes procedurer til håndtering af situationer, hvor en læge ophører uden efterfølgende overtagelse. Samtidig er det vigtigt at have fokus på tiltag, som ved en tidlig indsats kan forebygge at situationen opstår. Der kan være forskellige eksempler på situationer, hvor en læge ophører uden at praksis overtages, som kræver iværksættelse af forskellige tiltag.

Ophør i enkeltmandspraksis uden overtagelse

Der kan være tale om en enkeltmandspraksis, som har vist sig usælgelig, og derfor har den praktiserende læge lukket sin praksis og meddelt ophør.

Ifølge landsoverenskomsten¹⁰ har lægen pligt til at varsle ophør overfor regionen 6 måneder før ophørsdatoen. Herefter skal Samarbejdsudvalget snarest muligt etablere en handlingsplan med henblik på at sikre, at den ophørende læges patienter vil kunne tilmeldes en ny læge. Det skal ved henvendelse til områdets øvrige læger kortlægges, om der er ledig kapacitet til at fordele den ophørende læges patienter. Det skal samtidig også kortlægges, om der er læger, der ønsker at udvide deres praksis med den ledige plads.

Ophør i et kompagniskab eller en delepraksis uden overtagelse

Der kan også være tale om, at en deltager i et kompagniskab eller en delepraksis ophører med at praktisere, uden at en ny kompagnon eller delelæge indtræder.

Landsoverenskomsten foreskriver her, at i de tilfælde anses den/de tilbageværende læge(r) for at overtage den ledige plads med henblik på besættelse med en ny læge. Hvis den/de tilbageværende læge(r) ikke ser sig i stand til at passe alle tilmeldte patienter, skal Samarbejdsudvalget indgå i dialog med praksis om, hvordan problemstillingen løses. En mulighed kan være, at praksis gives tilladelse til at frasige sig et nærmere angivet antal patienter. En anden mulighed er at afdække, om der er mulighed for at etablere ekstra kapacitet ved tilskud til ansættelse af praksispersonale. Praksis kan, hvis det er muligt, ansætte en amanuensis med henblik på kompagniskab. Senest et år med amanuensisforhold, skal den ledige praksisdelt overdrages til en læge.

Akut lægeophør

Der kan være tale om et akut lægeophør ved dødsfald eller alvorlig sygdom.

I de tilfælde anviser Landsoverenskomsten, at lægen eller dennes bo har pligt til at give meddelelse til regionen om ophør med en måneds varsel. I forbindelse med praksisophør tilfalder det vakante ydernummer Samarbejdsudvalget. Samarbejdsudvalget skal så vidt muligt tilbyde ydernummeret til en eksisterende praksis, som samtidigt forpligter sig til at overtage patienterne.

¹⁰ Jf. Landsoverenskomstens § 35A.

Arbejdsgruppens anbefalinger ved praksisophør uden overtagelse

I de tilfælde, hvor løsningsmulighederne skitseret i Landsoverenskomsten ikke er tilstrækkelige anbefaler arbejdsgruppen følgende tilgang til at finde løsninger.

- 1) I en akut situation med lægeophør vil det i første omgang være nabolægerne, som varetager den ophørte læges patienter.
- 2) Det skal snarest herefter i samråd med nabolægerne afklares, om der er kapacitet til at fordele den ophørte læges patienter. Såfremt dette ikke er muligt, og nabolægerne er meget belastede, bør muligheden for midlertidig vikarbesættelse indgå.
- 3) På det lidt længere sigt er der behov for at få beskrevet situationen med bl.a. afdækning af kapacitet blandt områdets læger, antal patienter mv. og afsøge muligheder for løsning.
- 4) Efter en kortlægning bør der i samråd med relevante læger, repræsentanter for praksisudvalg og region konkret afklares, hvordan situationen løses.

Forebyggende tiltag

For at imødekomme situationer, hvor læger ophører uden overtagelse er det vigtigt at søge at fremme, at ældre læger forholder sig til, om der kan opstå vanskeligheder med at afhænde praksis. I de tilfælde vil regionen gerne indgå i en dialog med den ældre læge med henblik på at afdække løsningsmuligheder og tiltag, som kan gøre praksis mere attraktiv for en køber. Det kan bl.a. også være i samråd med regionens praksisudviklingskonsulenter, jf. tidligere beskrivelse af praksisudviklingskonsulenternes opgaver under 4.1. I undersøgelsen er lægerne blevet bedt om at vurdere forhold, som kan medvirke til at gøre praksis mere attraktiv, jf. tabel 4.4.1.

Tabel 4.4.1 Vurdering af forhold, som kan medvirke til at gøre praksis mere attraktiv for en køber

	I høj grad	I mindre grad	Ingen betydning	Ved ikke	Ubesvaret	I alt i pct.
Forbedring af lokaleforhold	27	23	32	6	12	100
Flytning af praksis	13	18	46	10	13	100
Sammenlægning af praksis	16	19	39	13	13	100
Anskaffelse/opdatering af EDB	5	14	57	7	17	100

Tabel 4.4.1 viser, at halvdelen af lægerne vurderer, at forbedring af lokaleforhold kan medvirke til at gøre praksis mere attraktiv. Knap 1/3 af lægerne vurderer, at flytning af praksis har betydning mens ca. halvdelen ikke vurderer at det har en betydning. I forhold til sammenlægning af praksis vurderer ca. 35 % af lægerne, at det har en betydning*. En overvejende del af lægerne vurderer ikke, at anskaffelse/opdatering af EDB har en betydning.

*jf. tidligere omtalte rapport fra PLO 1998 "Rapport fra rekrutteringsudvalget" vurderes sammenlægning af praksis at have stor betydning, hvor 88 % angiver ønske om at indgå i flerlægepraksis ved nedsættelse som alment praktiserende læge.

I et åbent spørgsmål, er lægerne blevet bedt om at beskrive andre forhold, som kan medvirke til at gøre praksis mere attraktiv for en køber. 16 % af lægerne har besvaret dette spørgsmål.

Knap halvdelen af lægerne tilkendegiver positivt, at de allerede har gjort praksis mere attraktiv eller ikke forventer problemer med afhændelse af praksis. En større del af besvarelsenerne er understøttelser til de angivne besvarelser i tabellen. Der er også en række besvarelser, som er holdningstilkendegivelser som eksempelvis, at lægemangel generelt er en hindring, at det er et problem at yngre læger ikke ønsker at nedsætte sig på landet og yderområder. Blandt andre forhold, som kan fremhæves er der følgende:

- Problemstilling pga. for stor arbejdsmængde
- Mulighed for delepraksistilladelse
- Tildeling af uddannelseslæger/amanuensis
- Økonomi/Prisen

Lægernes besvarelser har tæt relation til de rekrutterings- og fastholdelsestiltag, som er nævnt tidligere i rapporten og der henvises dertil for arbejdsgruppens anbefalinger.

5. Indsatsområder de kommende år

I den nedenstående gennemgang er samtlige kommuner medtaget på nær Samsø kommune, hvor der kun er to læger. Der kan identificeres en række kommuner, hvor det bliver en særlig udfordring de kommende år at sikre befolkningen lægedækning, idet der kan forventes et større antal læger, som ophører med praksis¹¹. De omtalte kommuner er Horsens, Ikast-Brande, Lemvig, Norddjurs, Randers, Ringkøbing-Skjern, Samsø, Skive og Syddjurs.

Opgørelserne over antal læger mm. i nedenstående gennemgang er ikke fuldstændig sammenfaldende med oplysningerne i de foregående kapitler. Dette skyldes, at de foregående kapitler hviler på dataudtræk pr. 15/3 2007, hvor der i nuværende kapitel efterfølgende er foretaget validering af nogle af dataoplysningerne. Denne fremgangsmåde er valgt for dels at imødekomme behovet for at have så præcist et billede af situationen på kommuneniveau, dels af tidsmæssige årsager. Hvor data ikke er sammenfaldende er der angivet en note med en forklaring.

5.1 Favrskov kommune

Lægedækningssituationen i Favrskov kommune

Der er i Favrskov kommune 39 praktiserende læger nedsat i 15 praksis.

- Der er tre kompagniskabspraksis i Hadsten. En med to læger, en med tre læger og en med tre læger og en delelæge.
- I Hammel er der to praksis. En enkeltmandspraksis med én læge og to delelæger og en kompagniskabspraksis med fire læger og en delelæge.
- I Hinnerup findes fem praksis, to enkeltmandspraksis, en kompagniskabspraksis med to læger og to kompagniskabspraksis med hver to læger og en delelæge.
- I Langå er der en kompagniskabspraksis med tre læger og en delelæge.
- I Laurbjerg findes en enkeltmandspraksis.
- I Thorsø findes en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Ulstrup er der en kompagniskabspraksis med tre læger.
- I Voldum findes en kompagniskabspraksis med to læger.

Tabel 5.1.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

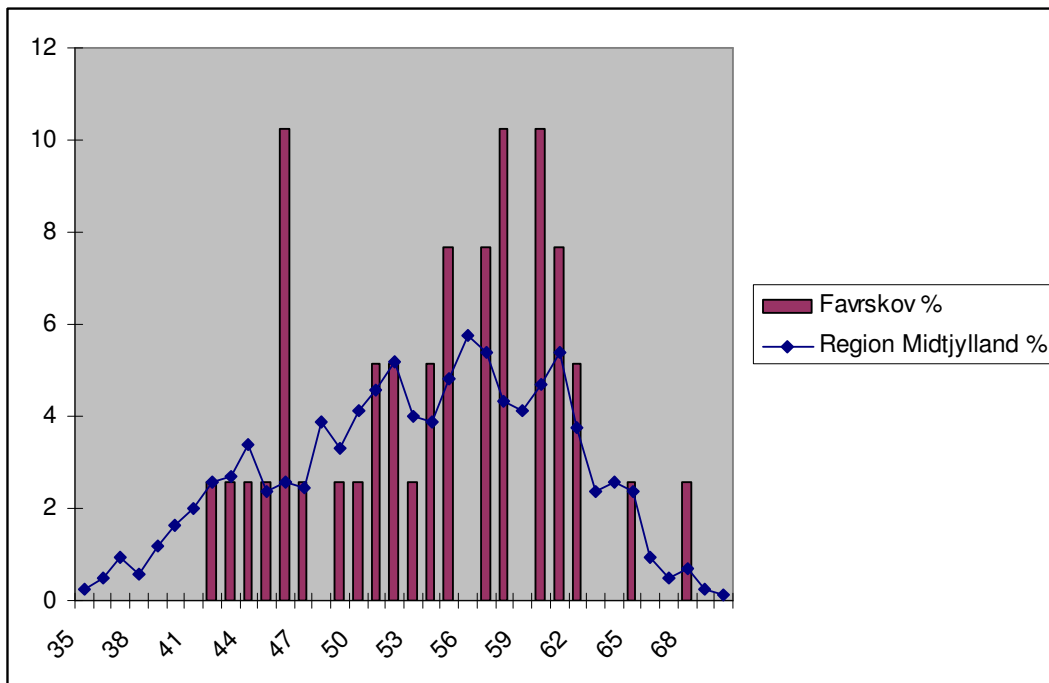
Praksisform	Antal	Andel %
Delelæger	7	17,90 %
Enkeltmandspraksis	4	10,30 %
Kompagniskabspraksis	28	71,80 %
Total	39	100,00 %

Tabel 5.1.1 viser, at over 70 % af lægerne sidder i kompagniskabspraksis og knap 20 % er delelæger.

Gennemsnitsalderen blandt Favrskov kommunes praktiserende læger er 54,33 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

¹¹ Identificeringen er udarbejdet på baggrund af systemdata om lægedækningen i kommunerne, hvor der er set på lægernes alder. Det er valgt at analysere på kommuneniveau med bevidstheden om, at der godt kan være sammenhænge på tværs af kommunerne.

Figur 5.1.1: Sammenligning mellem aldersfordeling i Favrskov kommune og Region Midtjylland



Figur 5.1.1 viser, at en stor gruppe af lægerne i Favrskov kommune er mellem 56 og 62 år, det skaber således en skævhed i aldersfordelingen.

Tabel 5.1.2: Aldersfordeling blandt Favrskov kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	10	25,64 %
50-54 år	8	20,51 %
55-59 år	10	25,64 %
Over 60 år	11	28,21 %
Total	39	100,00 %

Tabel 5.1.2 viser mere præcist at 53,85 % af Favrskov kommunes praktiserende læger er over 55 år. Der må således forventes et større ophør blandt de praktiserende læger pga. pension i de kommende år.

Befolkning i Favrskov kommune

Favrskov kommune har i 2007 godt 45.000 indbyggere. Tabel 5.1.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.1.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger¹²

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	45.037	45.500	45.949	46.372	46.753	47.101
Antal læger	28,15	28,44	28,72	28,98	29,22	29,44

Tabel 5.1.3 viser en stigning i befolkningstallet. Lægebehovet stiger frem til 2012 fra 28 til 29 læger i Favrskov kommune.

Sammenfatning vedrørende Favrskov kommune de kommende fem år

- Den overvejende praksisform i Favrskov kommune er kompagniskabspraksis, knap 20 % af lægerne er delelæger.
- 53,85 % af lægerne i Favrskov kommune er over 55 år.
- I Favrskov kommune vil der som følge af befolkningstilvæksten være behov for yderligere en læge.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 19 læger de kommende fem år¹³.

5.2 Hedensted kommune

Lægedækningsituationen i Hedensted kommune

Der er i Hedensted kommune 29 praktiserende læger nedsat i 10 praksis.

- I Tørring er der en kompagniskabspraksis med fire læger og en delelæge.
- I Hedensted findes en kompagniskabspraksis med otte læger og en delelæge.
- I Uldum er der en kompagniskabspraksis med fire læger.
- I Hornsyld findes to praksis. En enkeltmandspraksis og en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Juelsminde findes to praksis. En enkeltmandspraksis og et kompagniskab med fire læger.
- I Løsning findes to enkeltmandspraksis.
- I Rask Mølle findes en enkeltmandspraksis.

Tabel 5.2.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

Praksisform	Antal	Andel %
Delelæger	2	6,9 %
Enkeltmandspraksis	5	17,2 %
Kompagniskabspraksis	22	75,9 %
Total	29	100,00 %

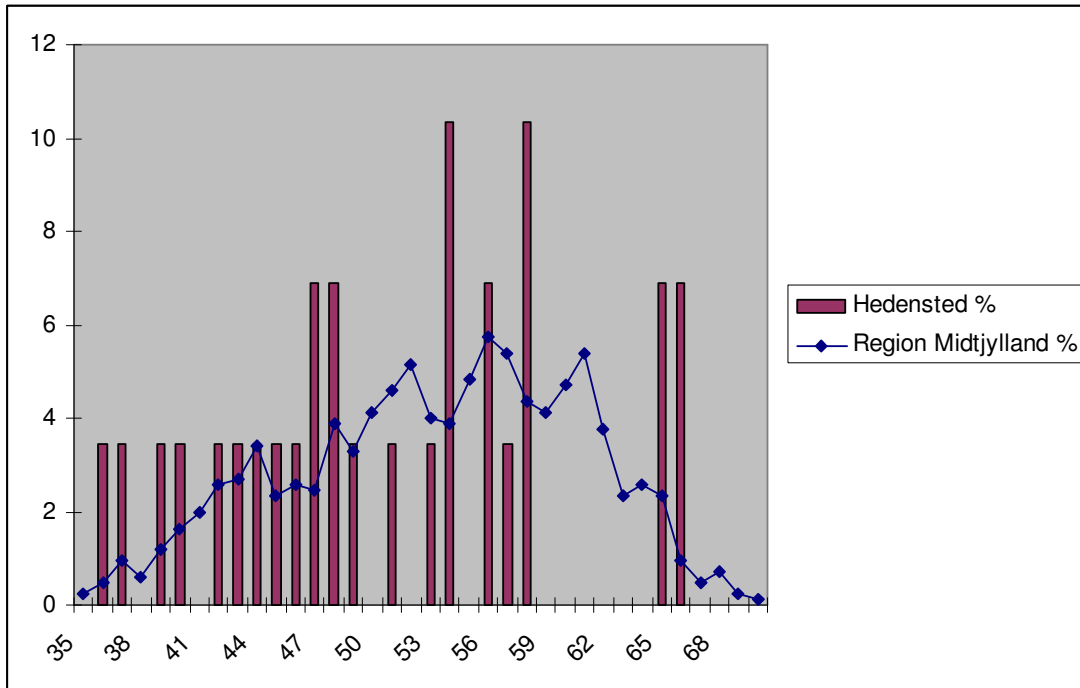
Tabel 5.2.1 viser, at ca. 75 % af de praktiserende læger sidder i kompagniskabspraksis, 7 % er delelæger.

¹² Estimeret som én læge pr. 1600 patienter. Her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

¹³ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

Gennemsnitsalderen blandt Hedensted kommunes praktiserende læger er 51,1 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

Figur 5.2.1: Sammenligning mellem aldersfordeling i Hedensted kommune og Region Midtjylland



Figur 5.2.1 viser en meget god aldersfordeling blandt lægerne i Hedensted kommune, idet der er langt flere unge end ældre læger.

Tabel 5.2.2: Aldersfordeling blandt Hedensted kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	14	48,28 %
50-54 år	5	17,24 %
55-59 år	6	20,69 %
Over 60 år	4	13,79 %
Total	29	100,00 %

Tabel 5.2.2 viser mere præcist at 34,48 % af Hedensted kommunes praktiserende læger er over 55 år. Hedensted kommune har således i forhold til andre kommuner i Region Midtjylland udsigt til et forholdsvis lille ophør blandt de praktiserende læger pga. pension i de kommende år.

Befolkning i Hedensted kommune

Hedensted kommune har i 2007 knap 45.000 indbyggere. Tabel 5.2.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.2.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger¹⁴

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	44.892	45.286	45.675	46.053	46.408	46.743
Antal læger	28,1	28,3	28,5	28,8	29,0	29,21

Tabel 5.2.3 viser en stigning i befolkningstallet. Lægebehovet stiger frem til 2012 fra 28 til 29 læger i Hedensted kommune.

Sammenfatning vedrørende Hedensted kommune de kommende fem år

- I Hedensted kommune sidder 75 % af lægerne i kompagniskabspraksis.
- Hedensted kommune har en meget gunstig aldersfordeling blandt de praktiserende læger, hvor kun 34,48 % er over 55 år.
- Hedensted kommune har 29 læger. Befolkningsfremskrivningen indikerer at der vil blive behov for yderligere en læge i området.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 8 læger de kommende fem år¹⁵.

5.3 Herning kommune

Lægedækningsituationen i Herning kommune

Der er i Herning kommune 54 praktiserende læger nedsat i 22 praksis.

- I Aulum findes to lægepraksis, en enkeltmandspraksis og en kompagniskabspraksis med tre læger.
- I Haderup findes en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Herning er der 13 lægepraksis. Fire enkeltmandspraksis og ni kompagniskabspraksis. Af sidstnævnte har en fem læger, en har fire, to har tre læger og to har to læger, to har fire læger og en delelæge og en har to læger og en delelæge.
- I Kibæk er der en kompagniskabspraksis med fire læger.
- I Sunds er der en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Sønder Felding er der en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Vibbjerg er der to enkeltmandspraksis og et kompagniskab med to læger.

Tabel 5.3.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

Praksisform	Antal	Andel %
Delelæger	3	5,6 %
Enkeltmandspraksis	7	13,0 %
Kompagniskabspraksis	44	81,4 %
Total	54	100,00 %

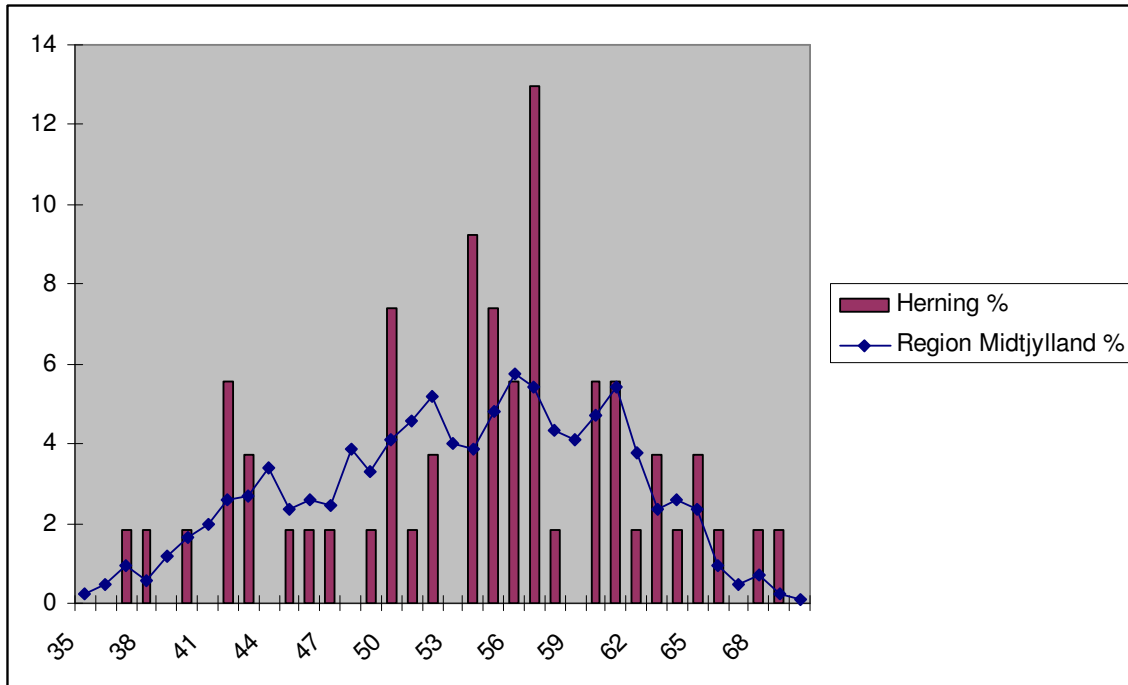
Tabel 5.3.1 viser, at godt 80 % af de praktiserende læger sidder i kompagniskabspraksis.

¹⁴ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter. Her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

¹⁵ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

Gennemsnitsalderen blandt Herning kommunes praktiserende læger er 54,3 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

Figur 5.3.1: Sammenligning mellem aldersfordeling i Herning kommune og Region Midtjylland



Figuren viser en rimelig aldersfordeling, idet fordelingen mellem yngre og ældre læger er mindre skæv sammenlignet med andre kommuner. Yderligere er aldersspredningen blandt lægerne stor. Der er i Herning kommune således yngre læger til at overtage ved ældre lægers ophør.

Tablet 5.3.2: Aldersfordeling blandt Herning kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	12	22,22 %
50-54 år	12	22,22 %
55-59 år	15	27,78 %
Over 60 år	15	27,78 %
Total	54	100,00 %

Tablet 5.3.2 viser mere præcist, at 55,56 % af Herning kommunes praktiserende læger er over 55 år. Der må således forventes et vist ophør blandt de praktiserende læger pga. pension i de kommende år.

Befolkning i Herning kommune

Herning kommune har i 2007 godt 83.000 indbyggere. Tabel 5.3.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.3.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger¹⁶

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	83.598	83.927	84.208	84.453	84.674	84.873
Antal læger	52,25	52,45	52,63	52,78	52,92	53,06

Tabel 5.3.3 viser en stigning i befolkningstallet. Lægebehovet stiger frem til 2012 fra 52 til 53 læger i Herning kommune.

Sammenfatning vedrørende Herning kommune de kommende fem år

- Godt 80 % af lægerne sidder i kompagniskabspraksis og 13 % i enkeltmandspraksis.
- I Herning kommune kan forventes et vist generationsskifte da 55,56 % af lægerne er over 55 år.
- I Herning kommune er der 51 læger, behovet stiger som følge af befolkningstilvæksten med en læge over de næste fem år. Derudover er der et ledigt ydernummer.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 22 læger de kommende fem år¹⁷.

5.4 Holstebro kommune

Lægedækningssituationen i Holstebro kommune

Der er i Holstebro kommune 41 praktiserende læger nedsat i 19 praksis.

- 14 praksis i Holstebro, heraf er fire enkeltmandspraksis og ti er kompagniskaber. Af de sidstnævnte har seks to læger, to har tre læger, et har fire læger og et har to læger og en delelæge
- I Ulfborg findes tre praksis, to enkeltmandspraksis og et kompagniskab med to læger.
- I Vemb er der et kompagniskab med to læger.
- I Vinderup er der en kompagniskabspraksis med fem læger og en delelæge.

Tabel 5.4.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

Praksisform	Antal	Andel %
Delelæger	2	4,9 %
Enkeltmandspraksis	6	14,6 %
Kompagniskabspraksis	33	80,5 %
Total	41	100,00 %

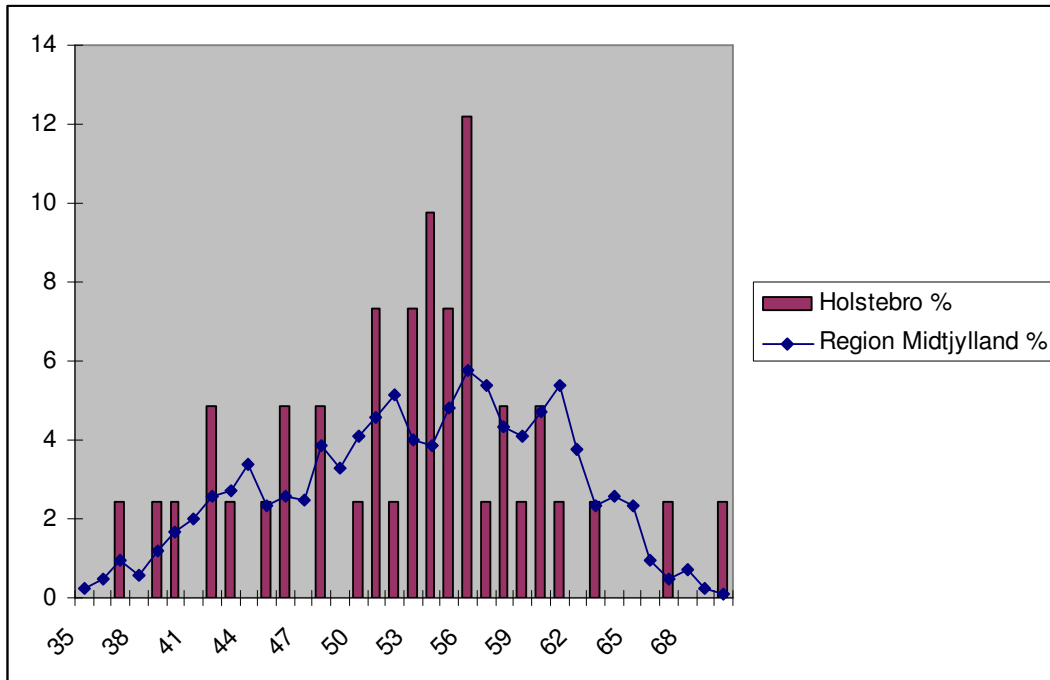
Tabel 5.4.1 viser, at godt 80 % af de praktiserende læger sidder i kompagniskabspraksis.

Gennemsnitsalderen blandt Holstebro kommunes praktiserende læger er 52,78 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

¹⁶ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter. Her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

¹⁷ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

Figur 5.4.1: Sammenligning mellem aldersfordeling i Holstebro kommune og Region Midtjylland



Figur 5.4.1 viser, at der er en forholdsvis god aldersfordeling i Holstebro kommune.

Tabel 5.4.2: Aldersfordeling blandt Holstebro kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	11	26,83 %
50-54 år	12	29,27 %
55-59 år	12	29,27 %
Over 60 år	6	14,63 %
Total	41	100,00 %

Tabel 5.4.2 understreger konklusionen fra figur 5.4.1, idet kun godt 40 % af Holstebro kommunes praktiserende læger er over 55 år.

Befolkning i Holstebro kommune

Holstebro kommune har i 2007 godt 56.000 indbyggere. Tabel 5.4.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.4.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger¹⁸

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	56.582	56.675	56.753	56.822	56.896	56.958
Antal læger	35,36	35,42	35,47	35,51	35,56	35,6

¹⁸ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter. Her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

Tabel 5.4.3 viser en stigning i befolkningstallet. Lægebehovet ligger dog konstant på godt 35 læger i Holstebro kommune. I Holstebro kommune betjenes patienter fra andre kommuner svarende til to lægestillinger.

Sammenfatning vedrørende Holstebro kommune de kommende fem år

- Blandt lægerne er 80 % i kompagniskab mens 5 % er delelæger.
- Der er en rimelig aldersfordeling blandt lægerne i kommunen.
- I Holstebro kommune er der 41 læger, behovet stiger ikke over de næste fem år.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 11 læger de kommende fem år¹⁹.

5.5 Horsens kommune

Lægedækningsituationen i Horsens kommune

Der er i Horsens kommune 58 praktiserende læger nedsat i 28 praksis.

- I Østbirk findes en kompagniskabspraksis med fire læger.
- På Endelave er der en enkeltmandspraksis med en læge og en delelæge.
- I Gedved er der en enkeltmandspraksis.
- I Hovedgård findes to enkeltmandspraksis.
- I Brædstrup findes fire enkeltmandspraksis.
- I Vrønding er der en enkeltmandspraksis.
- I Horsens by er der 18 praksis. Otte enkeltmandspraksis, heraf en med en læge og en delelæge. Derudover er der ti kompagniskabspraksis, tre med to læger, to med tre læger, en med seks læger, to med tre læger og en delelæge, en med fire læger og en delelæge og en med to læger og to delelæger.

Tabel 5.5.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

Praksisform	Antal	Andel %
Delelæger	7	12,07 %
Enkeltmandspraksis	17	29,31 %
Kompagniskabspraksis	34	58,62 %
Total	58	100,00 %

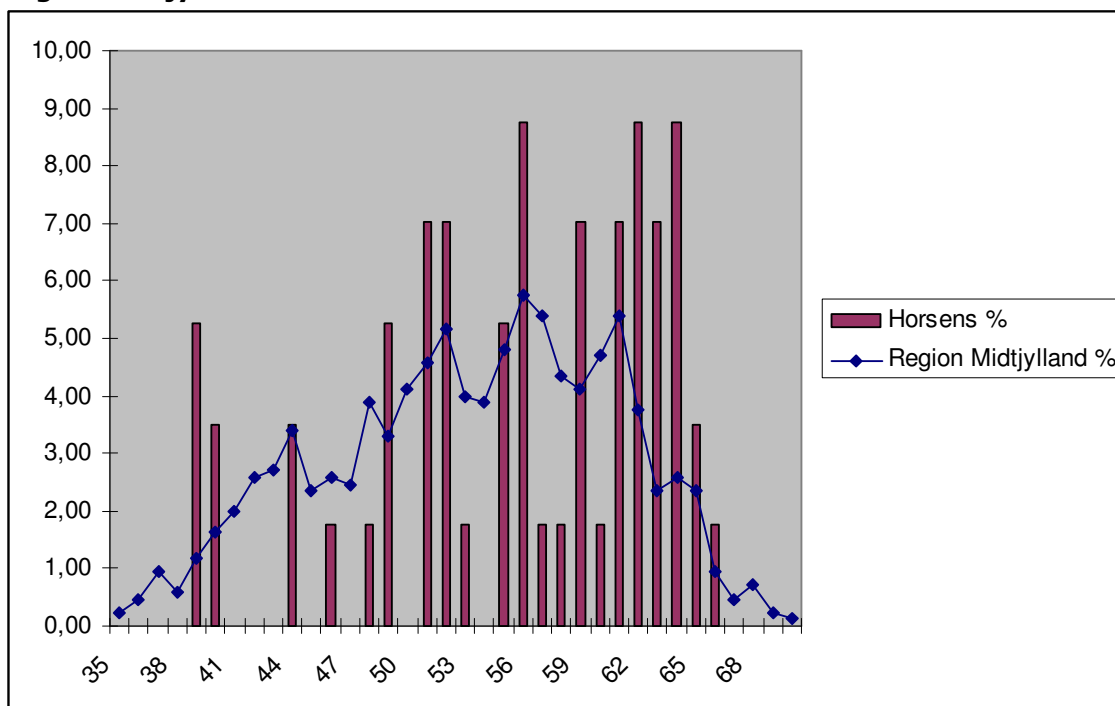
Knap 60 % af de praktiserende læger er i kompagniskaber, knap 30 % er i enkeltmandspraksis.

I forhold til andre kommuner i Region Midtjylland er der således en relativt stor andel af enkeltmandspraksis. Der bør derfor målrettes en udvikling i Horsens kommune med henblik på at etablere flerlægepraksis.

Gennemsnitsalderen blandt Horsens kommunes praktiserende læger er 55,6 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

¹⁹ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

Figur 5.5.1: Sammenligning mellem lægernes aldersfordeling i Horsens kommune og Region Midtjylland



Figur 5.5.1 viser at der er mange ældre læger i Horsens. Det vil sige, at der er mange læger, der kan forventes at ophøre de kommende år.

Tabel 5.5.2: Aldersfordeling blandt Horsens kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	12	20,69 %
50-54 år	9	15,52 %
55-59 år	15	25,86 %
Over 60 år	22	37,93 %
Total	58	100,00 %

Af tabel 5.5.2 kan ses at 63,79 % af Horsens kommunes praktiserende læger er over 55 år.

Befolkning i Horsens kommune

Horsens kommune har i 2007 79.000 indbyggere. Tabel 5.5.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.5.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger²⁰

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	79.020	79.956	80.842	81.684	82.518	83.326
Antal læger	49,39	49,97	50,53	51,05	51,57	52,08

Tabel 5.5.3 viser en stigning i befolkningstallet. Lægebehovet stiger som følge heraf fra 49 til 52 læger frem til 2012.

Sammenfatning vedrørende Horsens kommune de kommende fem år

- Blandt lægerne er 60 % i kompagniskab mens 30 % er i enkelmandspraksis.
- Aldersfordelingen i Horsens kommune er forholdsvis skæv, idet der er mange læger i aldersgruppe 55-59 år og over 60 år, tilsammen knap 64 %.
- I Horsens kommune er der 58 læger. Som følge af befolkningstilvæksten kan der forventes udvidelse af antallet af læger med tre læger over de næste fem år.
- Der bør tilskyndes en udvikling af praksisformer mod større enheder med fagligt samarbejde og sparring.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 27 læger de kommende fem år²¹. Der bør derfor igangsættes en indsats i Horsens kommune.

5.6 Ikast-Brande kommune

Lægedækningsituationen i Ikast-Brande kommune

Der er i Ikast-Brande kommune 27 praktiserende læger nedsat i 10 praksis.

- I Bording er der en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Brande er der en kompagniskabspraksis med fire læger og en delelæge.
- I Ejstrupholm er der et kompagniskab med fire læger.
- I Engesvang er der et kompagniskab med to læger.
- I Ikast er der fire praksis. En enkeltmandspraksis og tre kompagniskabspraksis, en med tre læger, en med to læger og en delelæge og en med fem læger.
- I Klovborg er der en enkeltmandspraksis.
- I Nørre Snede er der en enkeltmandspraksis.

Tabel 5.6.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

Praksisform	Antal	Andel %
Delelæger	2	7,4 %
Enkeltmandspraksis	3	11,1 %
Kompagniskabspraksis	22	81,5 %
Total	27	100,00 %

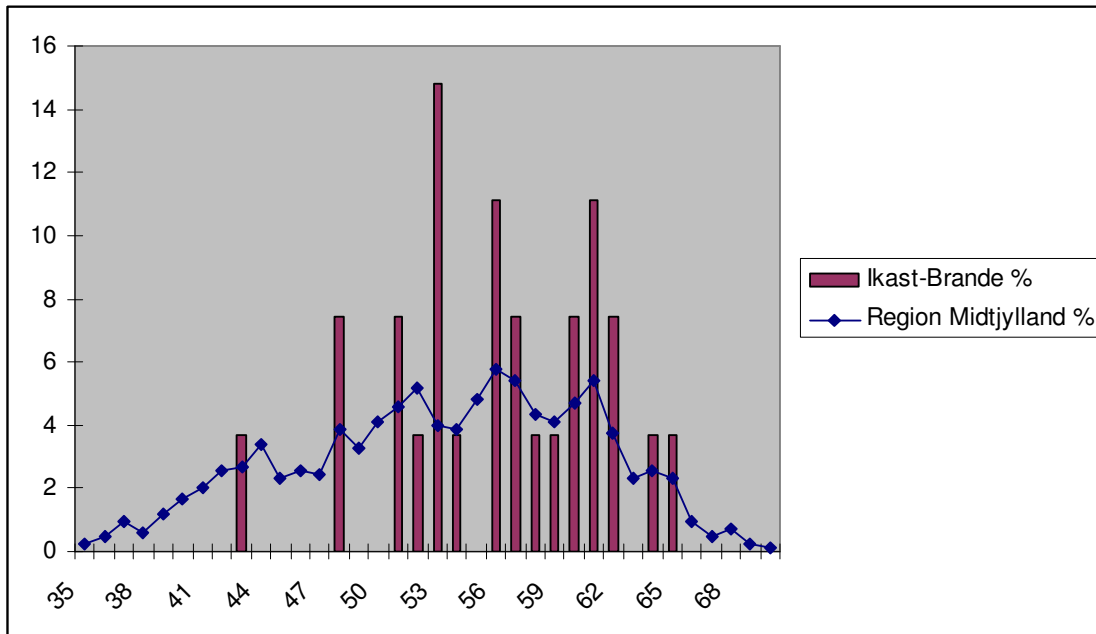
Tabel 5.6.1 viser, at godt 80 % af de praktiserende læger i Ikast-Brande kommune sidder i kompagniskabspraksis.

²⁰ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter. Her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

²¹ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

Gennemsnitsalderen blandt Ikast-Brande kommunes praktiserende læger er 56,07 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

Figur 5.6.1: Sammenligning mellem lægernes aldersfordeling i Ikast-Brande kommune og Region Midtjylland



Tabel 5.6.2: Aldersfordeling blandt Ikast-Brande kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	3	11,11 %
50-54 år	8	29,63 %
55-59 år	7	25,93 %
Over 60 år	9	33,33 %
Total	27	100,00 %

Tabel 5.6.2 og figur 5.6.1 viser at 59,26 % af Ikast-Brande kommunes praktiserende læger er over 55 år. Der må således forventes, et større ophør blandt de praktiserende læger pga. pension i de kommende år.

Befolkning i Ikast-Brande kommune

Ikast-Brande kommune har i 2007 knap 40.000 indbyggere. Tabel 5.6.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.6.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger²²

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	39.681	39.809	39.924	40.024	40.119	40.207
Antal læger	24,80	24,88	24,95	25,02	25,07	25,13

Tabel 5.6.3 viser en mindre stigning i befolkningstallet. Lægebehovet ligger dog frem til 2012 konstant på omkring 25 læger i Ikast-Brande kommune.

Sammenfatning vedrørende Ikast-Brande kommune de kommende fem år

- Blandt lægerne er godt 80 % organiseret i kompagniskabspraksis.
- Der er i Ikast-Brande kommune en skæv aldersfordeling, idet knap 60 % af lægerne er over 55 år.
- I Ikast-Brande kommune er der 27 læger, behovet ligger rimelig konstant over de næste fem år.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 11 læger de kommende fem år²³. Der bør derfor igangsættes en indsats i Ikast-Brande kommune.

5.7 Lemvig kommune

Lægedækningssituationen i Lemvig kommune

Der er i Lemvig kommune 14²⁴ praktiserende læger nedsat i 12 praksis.

- I Bøvlingbjerg findes en kompagniskabspraksis med tre læger.
- I Gudum er der en enkeltmandspraksis.
- I Lemvig findes seks praksis, heraf fem enkeltmandspraksis og en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Strande er der en enkeltmandspraksis.
- I Thyborøn er der to enkeltmandspraksis.

Tabel 5.7.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

Praksisform	Antal	Andel %
Enkeltmandspraksis	10	66,7 %
Kompagniskabspraksis	5	33,3 %
Hovedtotal	15	100,00 %

Tabel 5.7.1 viser, at størstedelen af de praktiserende læger sidder i enkeltmandspraksis. Flere af disse er dog placeret sammen i lokaler på Lemvig Sygehus. Der vurderes således ikke i forhold til praksisform behov for en organisatorisk udvikling af disse praksis.

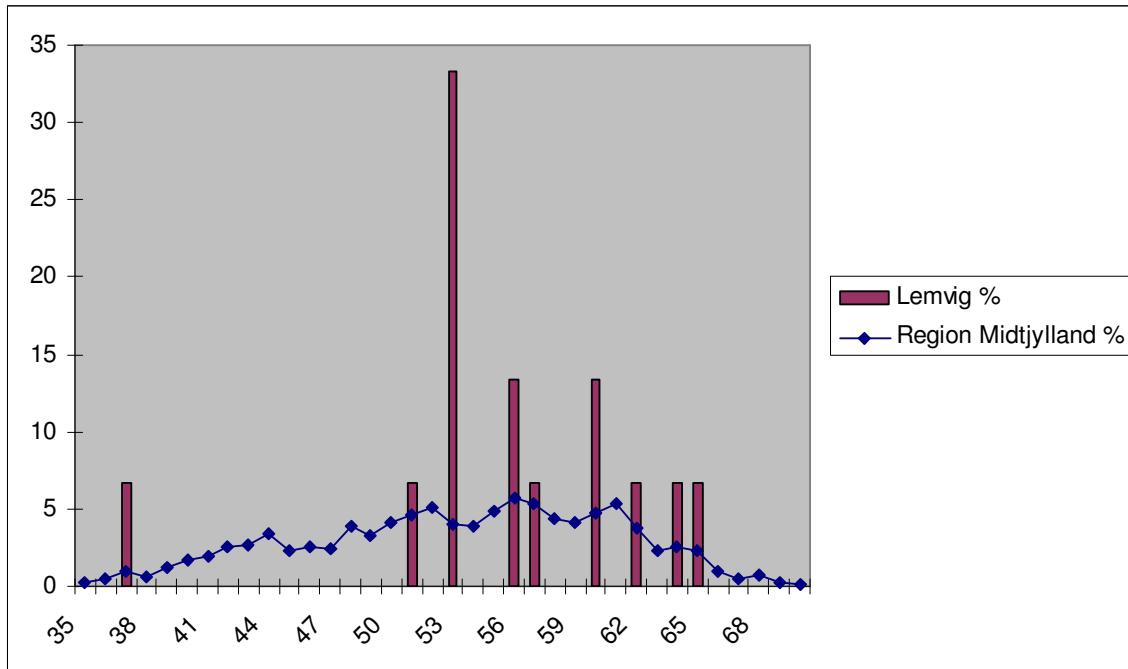
Gennemsnitsalderen blandt Lemvig kommunes praktiserende læger er 53 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

²² Estimeret som én læge pr. 1600 patienter. Her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

²³ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

²⁴ I datasættet optræder yderligere en læge (fra Thyborøn), som i den mellemliggende periode er gået på pension uden at ydernummeret er overtaget af en ny læge.

Figur 5.7.1: Sammenligning mellem lægernes aldersfordeling i Lemvig kommune og Region Midtjylland



Figur 5.7.1 viser, at der i Lemvig kommune er meget få yngre læger og mange ældre. Figuren illustrerer, at der er behov for at tiltrække de helt unge læger til kommunen så lægedækningen sikres også på længere sigt.

Tabel 5.7.2: Aldersfordeling blandt Lemvig kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	1	6,67 %
50-54 år	6	40,00 %
55-59 år	3	20,00 %
Over 60 år	5	33,33 %
Total	15	100,00 %

53,33 % af Lemvig kommunes praktiserende læger er over 55 år. Der må således forventes et større ophør blandt de praktiserende læger pga. pension i de kommende år.

Befolkning i Lemvig kommune

Lemvig kommune har i 2007 godt 22.000 indbyggere. Tabel 5.7.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.7.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger²⁵

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	22.237	22.008	21.789	21.578	21.372	21.171
Antal læger	13,90	13,76	13,62	13,49	13,36	13,23

Tabel 5.7.3 viser et mindre fald i befolkningstallet. Lægebehovet ligger dog konstant på omkring 13 læger i perioden frem til 2012.

Sammenfatning vedrørende Lemvig kommune de kommende fem år

- Størstedelen af lægerne sidder i enkeltmandspraksis. En del af disse er dog samlet på Lemvig sygehus og i lægehuse andre steder hvorfor det ikke vurderes nødvendigt med en indsats for at fremme samarbejdspraksis.
- Der er i Lemvig kommune en meget skæv aldersfordeling med et stort behov for at tiltrække færdiguddannede læger.
- I Lemvig kommune er der 15 læger, behovet ligger konstant over de næste fem år.
- Yderligere er der et ledigt ydernummer.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 6 læger de kommende fem år²⁶.

5.8 Norddjurs kommune

Lægedækningssituationen i Norddjurs kommune

Der er i Norddjurs kommune 25²⁷ praktiserende læger nedsat i 16 praksis.

- I Allingåbro findes en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Vivild er der en kompagniskabspraksis med to læger.
- På Anholt er der en enkeltmandspraksis.
- I Auning er der en enkeltmandspraksis.
- I Glesborg er der en kompagniskabspraksis med tre læger.
- I Grenå findes otte praksis, heraf syv enkeltmandspraksis - den ene med en læge og en delelæge og derudover en kompagniskabspraksis med tre læger.
- I Trustrup findes en kompagniskabspraksis med tre læger.
- I Ørsted er der to enkeltmandspraksis.

Tabel 5.8.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

Praksisform	Antal	Andel %
Delelæger	1	4,00 %
Enkeltmandspraksis	11	44,00 %
Kompagniskabspraksis	13	52,00 %
Total	25	100,00 %

52 % af lægerne i Norddjurs kommune sidder i kompagniskabspraksis, mens 44 % sidder i enkeltmandspraksis.

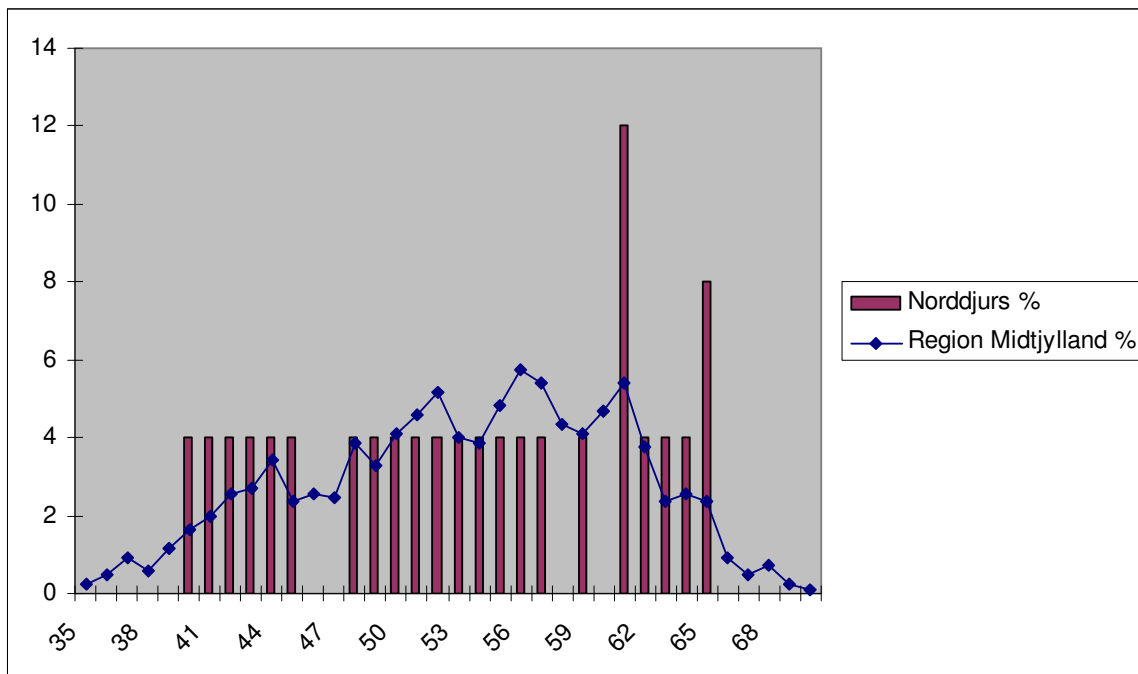
²⁵ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter. Her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

²⁶ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

²⁷ I datasættet er tallet 28, tre læger er dog fejlregistrerede, idet de hører til andre kommuner, de er derfor flyttet dertil.

Gennemsnitsalderen blandt Norddjurs kommunes praktiserende læger er 47,9 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

Figur 5.8.1: Sammenligning mellem lægernes aldersfordeling i Norddjurs kommune og Region Midtjylland



Tabel 5.8.2: Aldersfordeling blandt Norddjurs kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	8	32,00 %
50-54 år	5	20,00 %
55-59 år	4	16,00 %
Over 60 år	8	32,00 %
Total	25	100,00 %

Figur 5.8.1 og tabel 5.8.2 illustrerer aldersfordelingen blandt Norddjurs kommunes praktiserende læger. 48 % er over 55 år. Der må således forventes et større ophør blandt de praktiserende læger pga. pension de kommende år.

Befolkning i Norddjurs kommune

Norddjurs kommune har i 2007 godt 38.000 indbyggere. Tabel 5.8.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.8.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger²⁸

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	38.333	38.349	38.363	38.383	38.404	38.429
Antal læger	23,96	23,97	23,98	23,99	24,00	24,02

Tabel 5.8.3 viser en mindre stigning i befolkningstallet. Stigningen udløser dog ikke flere læger i perioden frem til 2012 og antallet ligger konstant på 24 læger i Norddjurs kommune.

Sammenfatning vedrørende Norddjurs kommune de kommende fem år

- Der er en stor andel af læger i enkeltmandspraksis, enkelte er dog samlet i samarbejdspraksis.
- Aldersmæssigt er der en rimelig fordeling af yngre læger. Derimod mangler der i høj grad læger mellem 50 og 60 år, hvorfor der på det mellemlange sigt kan være bekymring for lægedækningen.
- I Norddjurs kommune er der 25 læger, behovet stiger ikke over de næste fem år.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 10 læger de kommende fem år²⁹. Der bør derfor igangsættes en indsats i Norddjurs kommune.

5.9 Odder kommune

Lægedækningssituationen i Odder kommune

Der er i Odder kommune 13³⁰ praktiserende læger nedsat i 12 praksis, der alle er placeret i Odder by.

Tabel 5.9.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

Praksisform	Antal	Andel %
Enkeltmandspraksis	11	84,62 %
Kompagniskabspraksis	2	15,38 %
Total	13	100,00 %

Knap 85 % af de praktiserende læger i Odder sidder i enkeltmandspraksis. Flere af disse er dog samlet på samme adresser og kan derfor forventes at fungere som et samarbejde i større eller mindre omfang. Der er derfor i Odder samarbejdspraksis på linie med den form Region Midtjylland ønsker at fremme.

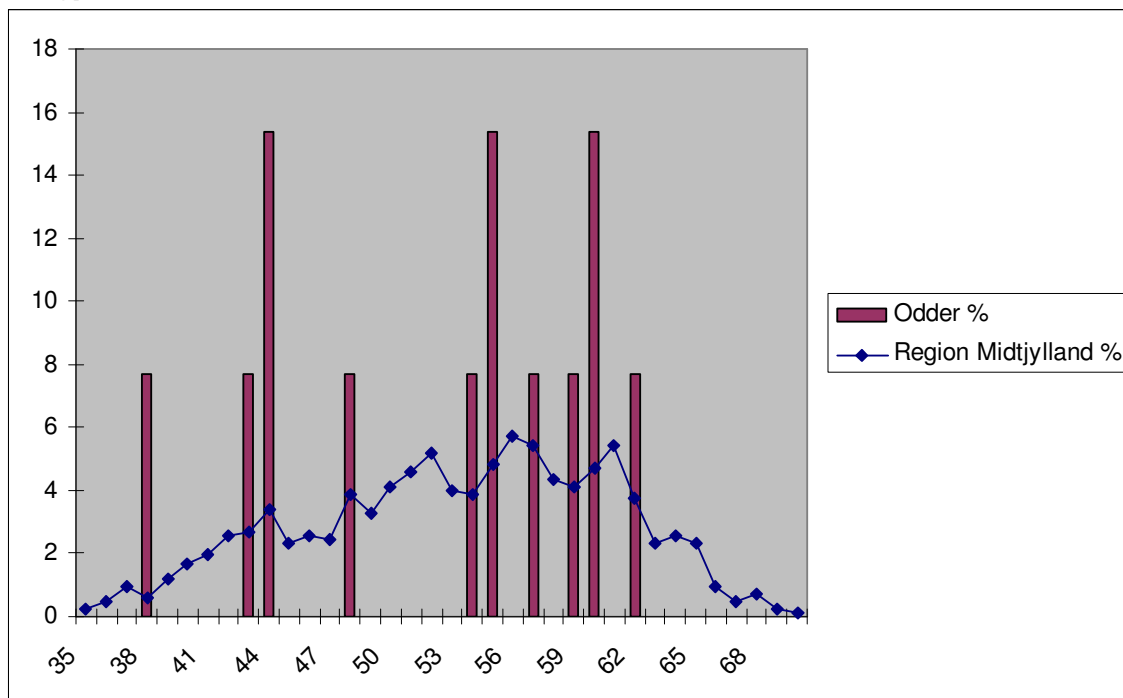
Gennemsnitsalderen blandt Odder kommunes praktiserende læger er 52,23 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

²⁸ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter, her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

²⁹ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

³⁰ I datasættet er en enkeltmandspraksis fejlagtigt registreret som delelæge, som der er foretaget korrektion for.

Figur 5.9.1: Sammenligning mellem aldersfordeling i Odder kommune og Region Midtjylland



Figur 5.9.1 viser, at en stor del af Odder kommunes praktiserende læger er omkring 60 år. Der er dog også i kommunen yngre læger.

Tabel 5.9.2: Aldersfordeling blandt Odder kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	5	38,46 %
50-54 år	1	7,69 %
55-59 år	4	30,77 %
Over 60 år	3	23,08 %
Total	13	100,00 %

53,85 % af Odder kommunes praktiserende læger er over 55 år. Der må således forventes, at et vist antal læger vil ophøre som praktiserende læger pga. pension de kommende år.

Befolkning i Odder kommune

Odder kommune har i 2007 knap 21.500 indbyggere. Tabel 5.9.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.9.4: Befolkningsfremskrivning og antal læger³¹

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	21.469	21.626	21.784	21.933	22.072	22.201
Antal læger	13,42	13,52	13,62	13,71	13,80	13,88

³¹ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter. Her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

Tabel 5.9.3 viser en stigning i befolkningstallet. Lægebehovet ligger dog konstant på godt 13 læger i perioden frem til 2012.

Sammenfatning vedrørende Odder kommune de kommende fem år

- Enkeltmandspraksis er mest udbredt i Odder, dog er der samarbejde mellem flere praksis.
- Knap 55 % af lægerne i Odder kommune er over 55 år.
- I Odder kommune er der 13 læger, behovet er konstant over de næste fem år.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 10 læger de kommende fem år³².

5.10 Randers kommune

Lægedækningssituationen i Randers kommune

Der er i Randers kommune 56³³ praktiserende læger nedsat i 42 praksis.

- I Assentoft findes to praksis en enkeltmandspraksis og en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Fårup er der tre læger i et kompagniskab.
- I Harridslev er der en kompagniskabspraksis med en læge. Der er tale om et kompagniskab hvor to læger er ophørt og som enten har ændret status eller ikke har fået besat den anden lægestilling.
- I Havndal findes to praksis, en enkeltmandspraksis og en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Randers er der 35 lægepraksis. Heraf er 27 enkeltmandspraksis og otte er kompagniskabspraksis. Af de sidstnævnte har fem to læger, en har tre læger og en delelæge mens to kun har en læge. Der er således tale om kompagniskaber hvor en læge er ophørt og som enten har ændret status eller ikke har fået besat den anden lægestilling.
- I Spentrup er der et kompagniskab med tre læger.

Tabel 5.10.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

Praksisform	Antal	Andel %
Delelæger	1	1,79 %
Enkeltmandspraksis	29	51,79 %
Kompagniskabspraksis	26	46,43 %
Total	56	100,00 %

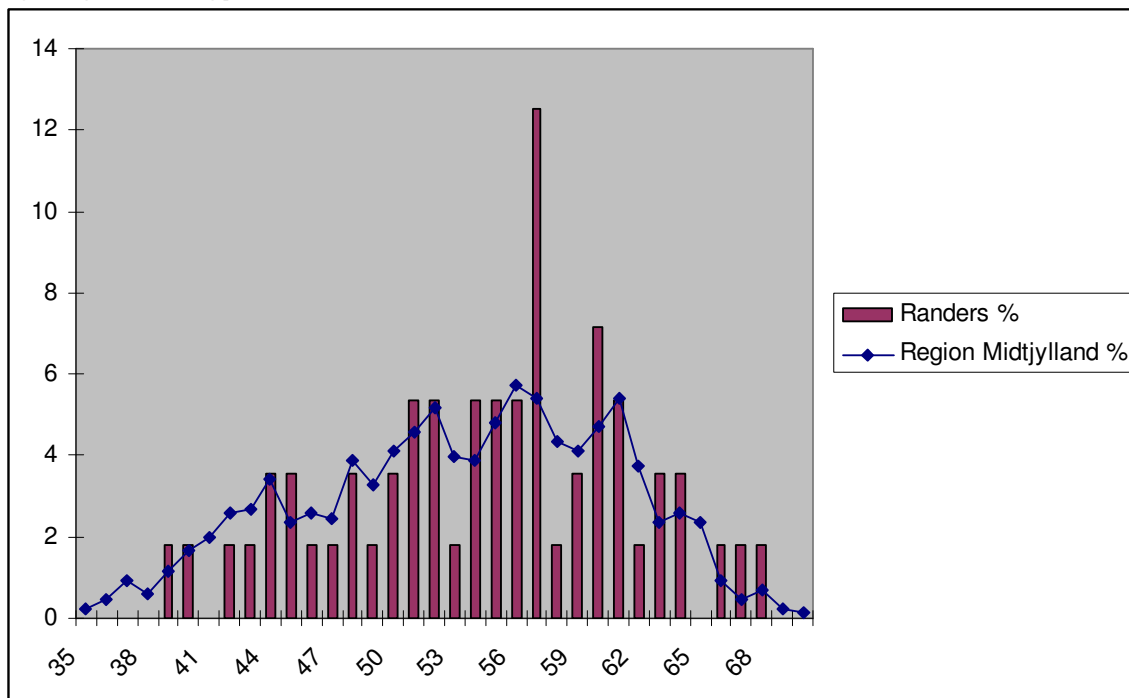
Tabel 5.10.1 viser at halvdelen af de praktiserende læger i Randers kommune sidder i enkeltmandspraksis mens godt 45 % er i kompagniskabspraksis.

Gennemsnitsalderen blandt Randers kommunes praktiserende læger er 54,5 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

³² Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

³³ I datasættet er tallet 54, to læger er dog fejlregistrerede, idet de hører til Randers kommune, men er registrerede under andre kommuner.

Figur 5.10.1: Sammenligning mellem lægernes aldersfordeling i Randers kommune og Region Midtjylland



Tabel 5.10.2: Aldersfordeling blandt Randers kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	13	23,21 %
50-54 år	12	21,43 %
55-59 år	16	28,57 %
Over 60 år	15	26,79 %
Total	56	100,00 %

Figur 5.10.1 og tabel 5.10.2 viser aldersfordelingen blandt lægerne i Randers kommune. 55,36 % af Randers kommunes praktiserende læger er over 55 år. Der må således forventes, et større ophør blandt de praktiserende læger pga. pension de kommende år.

Befolkning i Randers kommune

Randers kommune har i 2007 godt 90.000 indbyggere. Tabel 5.10.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.10.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger³⁴

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	92.984	93.444	93.873	94.279	94.670	95.047
Antal læger	58,12	58,40	58,67	58,92	59,17	59,40

Tabel 5.10.3 viser en stigning i befolkningstallet. Lægebehovet stiger frem til 2012 fra 58 til 59 læger i Randers kommune.

Sammenfatning vedrørende Randers kommune de kommende fem år

- Enkeltmandspraksis er den overvejende praksisform i Randers kommune, kompagniskabspraksis udgør dog også en stor andel.
- 55 % af lægerne er over 55 år, og aldersfordelingen indikerer at der kan forventes problemer med lægedækning i de kommende år.
- I Randers kommune er der 56 læger, behovet stiger som følge af befolkningstilvæksten med en læge over de næste fem år.
- Der er to ledige ydernumre i Randers kommune.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 29 læger de kommende fem år³⁵. Der bør derfor igangsættes en indsats i Randers kommune.

5.11 Ringkøbing-Skjern kommune

Lægedækningssituationen i Ringkøbing-Skjern kommune

Der er i Ringkøbing-Skjern kommune 37 praktiserende læger nedsat i 17 praksis.

- I Hvide Sande er der en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Lem er der en enkeltmandspraksis.
- I Ringkøbing findes fire praksis, heraf en enkeltmandspraksis og tre kompagniskabspraksis, to med to læger og en med fire læger.
- I Skjern findes fire praksis, heraf to enkeltmandspraksis og to kompagniskabspraksis, en med tre læger og en med to.
- I Spjald er der to praksis, en enkeltmandspraksis og en kompagniskabspraksis med tre læger.
- I Tarm findes en kompagniskabspraksis med fem læger.
- I Tim er der en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Videbæk findes tre praksis, heraf en enkeltmandspraksis, en enkeltmandspraksis med en læge og en delelæge og en kompagniskabspraksis med tre læger og en delelæge.

Tabel 5.11.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

Praksisform	Antal	Andel %
Delelæger	2	5,4 %
Enkeltmandspraksis	7	18,9 %
Kompagniskabspraksis	28	75,7 %
Total	37	100,00 %

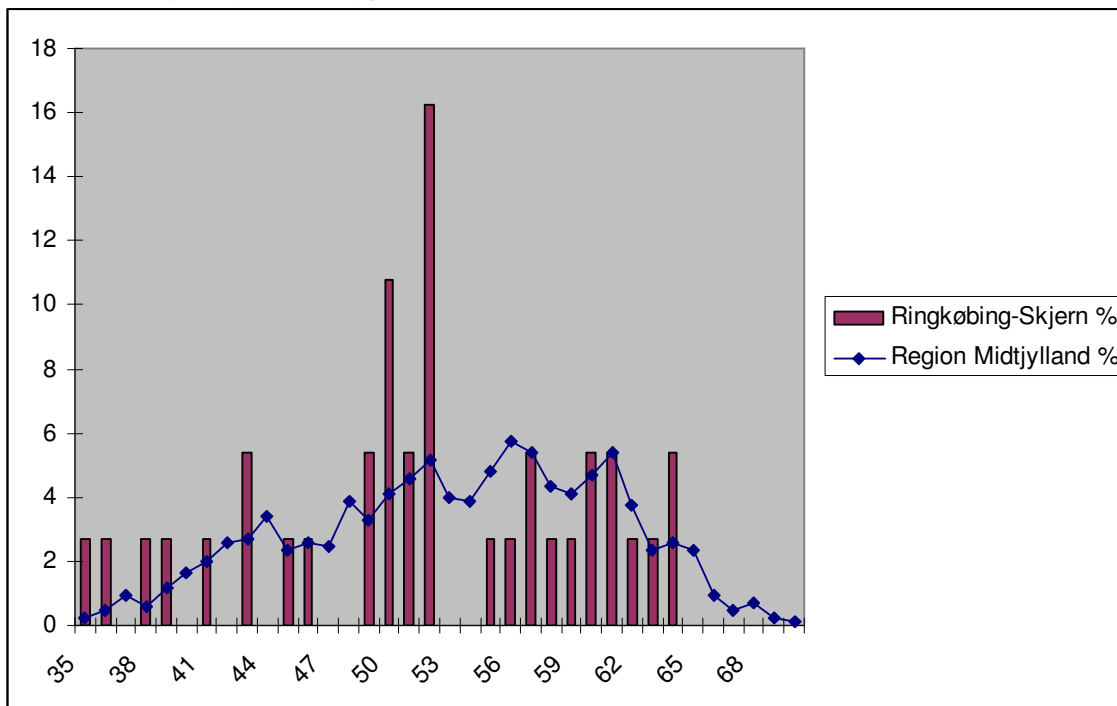
³⁴ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter, her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

³⁵ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

Godt 75 % af de praktiserende læger sidder i kompagniskabspraksis, mens knap 19 % sidder i enkeltmandspraksis. Der er således i Ringkøbing-Skjern en praksisfordeling, der stemmer overens med Region Midtjyllands visioner om organiseringen af almen praksis.

Gennemsnitsalderen blandt Ringkøbing-Skjern kommunes praktiserende læger er 51,8 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

Figur 5.11.1: Sammenligning mellem lægernes aldersfordeling i Ringkøbing-Skjern kommune og Region Midtjylland



Aldersfordelingen i Ringkøbing-Skjern kommune ser ud fra figur 5.11.1 rimelig ud, andelen af yngre læger er overordnet set relativt høj.

Tabel 5.11.2: Aldersfordeling blandt Ringkøbing-Skjern kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	11	29,73 %
50-54 år	12	32,43 %
55-59 år	6	16,22 %
Over 60 år	8	21,62 %
Total	37	100,00 %

37,85 % af Ringkøbing-Skjern kommunes praktiserende læger er over 55 år. Der må således forventes, at et vist antal læger vil ophøre som praktiserende læger pga. pension de kommende år.

Befolkning i Ringkøbing-Skjern kommune

Ringkøbing-Skjern kommune har i 2007 godt 58.000 indbyggere. Tabel 5.11.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.11.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger³⁶

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	58.112	57.982	57.883	57.791	57.692	57.588
Antal læger	36,32	36,24	36,18	36,12	36,06	35,99

Tabel 5.11.4 viser et fald i befolkningstallet, det er dog ikke stort nok til at ændre lægebehovet, det ligger konstant på 36 i Ringkøbing-Skjern kommune. Der er tre ubesatte ydernumre i kommunen.

Sammenfatning vedrørende Ringkøbing-Skjern kommune de kommende fem år

- Kompagniskab er den mest udbredte praksisform i Ringkøbing-Skjern kommune.
- Aldersfordelingen i kommunen er god, kun 37 % er over 55 år og 30 % er under 50 år.
- I Ringkøbing-Skjern kommune er der 37 læger, dette behov er konstant over de næste fem år.
- Der findes tre ledige ydernumre i kommunen.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 14 læger de kommende fem år³⁷. Der bør derfor igangsættes en indsats i Ringkøbing-Skjern kommune.

5.12 Silkeborg kommune

Lægedækningsituationen i Silkeborg kommune

Der er i Silkeborg kommune 66 praktiserende læger nedsat i 27 praksis.

- I Ans er der en kompagniskabspraksis med fire læger og en delelæge.
- I Bryrup er der en enkeltmandspraksis.
- I Gjern findes to praksis, en enkeltmandspraksis og en kompagniskabspraksis med tre læger.
- I Kjellerup findes tre praksis, en enkeltmandspraksis og to kompagniskaber med hhv. tre læger og tre læger og en delelæge.
- I Silkeborg er der 18 praksis, heraf seks enkeltmandspraksis, hvoraf to har en læge og en delelæge og 12 kompagniskaber, tre med tre læger, to med to læger og et med fire læger, herudover fem med to læger og en delelæge og en med tre læger og en delelæge.
- I Sorring er der en enkeltmandspraksis.
- I Them er der en kompagniskabspraksis med to læger og en delelæge.

Tabel 5.12.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

Praksisform	Antal	Andel %
Delelæger	11	16,7 %
Enkeltmandspraksis	10	15,2 %
Kompagniskabspraksis	45	68,1 %
Total	66	100,0 %

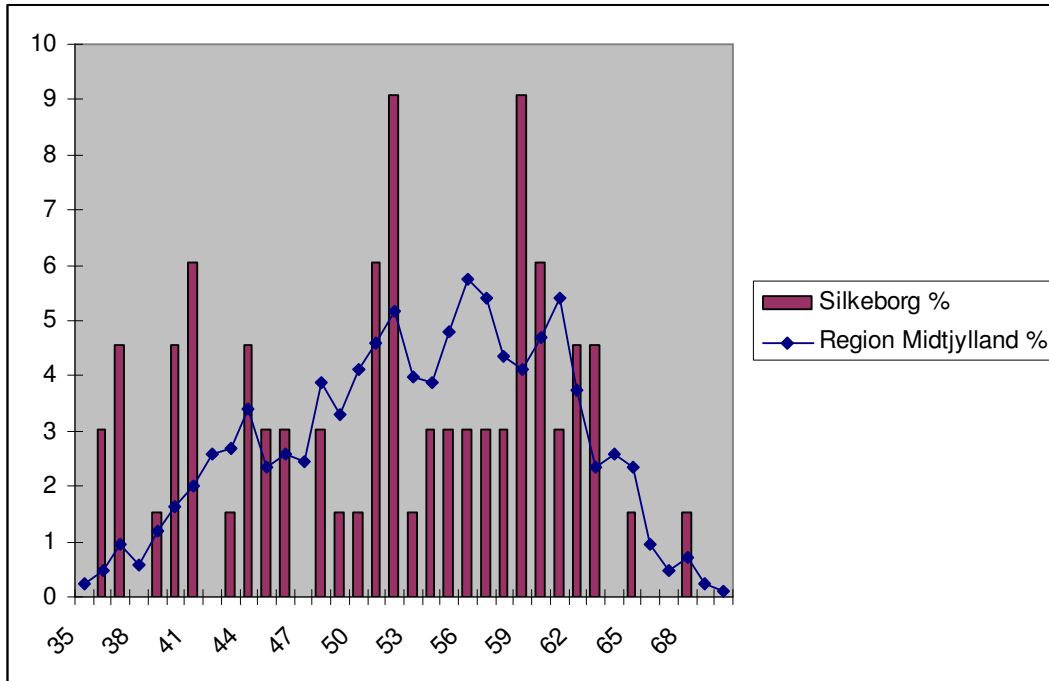
Tabel 5.12.1 viser, at knap 70 % af de praktiserende læger sidder i kompagniskabspraksis. Andelene af læger i enkeltmandspraksis og delelæger er stort set lige store.

³⁶ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter, her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

³⁷ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

Gennemsnitsalderen blandt Silkeborg kommunes praktiserende læger er 51,68 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

Figur 5.12.1: Sammenligning mellem aldersfordeling i Silkeborg kommune og Region Midtjylland



Figur 5.12.1 viser en pæn aldersfordeling i Silkeborg kommune.

Tabel 5.12.2: Aldersfordeling blandt Silkeborg kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	24	36,4 %
50-54 år	14	21,2 %
55-59 år	14	21,2 %
Over 60 år	14	21,2 %
Total	66	100,0 %

42,4 % af Silkeborg kommunes praktiserende læger er over 55 år. Der kan således forventes noget ophør blandt de praktiserende læger pga. pension de kommende år, om end det ikke bliver ligeså omfangsrigt som i nogle kommuner.

Befolkning i Silkeborg kommune

Silkeborg kommune har i 2007 godt 86.500 indbyggere. Tabel 5.12.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.12.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger³⁸

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	86.540	87.473	88.355	89.181	89.956	90.693
Antal læger	54,09	54,67	55,22	55,74	56,22	56,68

Tabel 5.12.3 viser en stigning i befolkningstallet. Lægebehovet stiger fra 54 til 56 læger i Silkeborg kommune i perioden frem til 2012.

Sammenfatning vedrørende Silkeborg kommune de kommende fem år

- I Silkeborg kommune sidder lægerne overvejende i kompagniskabspraksis.
- Der er en rimelig aldersfordeling i Silkeborg kommune.
- I Silkeborg kommune er der 66 læger, behovet stiger som følge af befolkningstilvæksten med to læger over de næste fem år.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 18 læger de kommende fem år³⁹.

5.13 Skanderborg kommune

Lægedækningssituationen i Skanderborg kommune

Der er i Skanderborg kommune 35 praktiserende læger nedsat i 16 praksis

- I Galten findes to kompagniskabspraksis med hhv. tre og fire læger.
- I Hørning findes en enkeltmandspraksis og en kompagniskabspraksis med to læger
- I Låsby er der en praksis med to læger (Praksis er registreret som en enkeltmandspraksis, men med to læger er den formodentlig ændret til en dele- eller kompagniskabspraksis).
- I Ry er der en enkeltmandspraksis og en kompagniskabspraksis med fire læger og en delelæge.
- I Skanderborg er der otte praksis. Heraf er fem enkeltmandspraksis, den ene af disse har en læge og en delelæge, og tre er kompagniskaber. Et kompagniskab har to læger, et har tre læger og to delelæger og et har tre læger og en delelæge.

Tabel 5.13.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

Praksisform	Antal	Andel %
Delelæger	5	14,3 %
Enkeltmandspraksis	9	25,7 %
Kompagniskabspraksis	21	60,0 %
Total	35	100,00 %

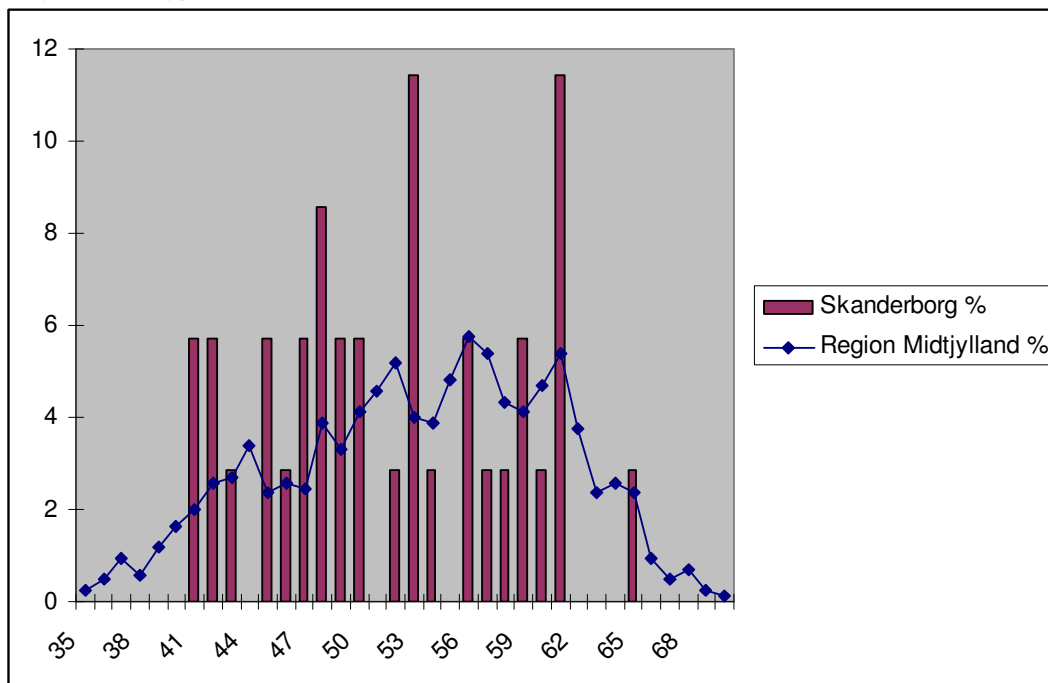
Tabel 5.13.1 viser, at 60 % af de praktiserende læger sidder i kompagniskabspraksis, ca. 14 % er delelæger.

Gennemsnitsalderen blandt Skanderborg kommunes praktiserende læger er 51,8 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

³⁸ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter, her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

³⁹ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

Figur 5.13.1: Sammenligning mellem aldersfordeling i Skanderborg kommune og Region Midtjylland



Figur 5.13.1 viser en god aldersfordeling i Skanderborg kommune, idet der er en stor gruppe yngre læger.

Tabel 5.13.2: Aldersfordeling blandt Skanderborg kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	15	42,86 %
50-54 år	8	22,86 %
55-59 år	6	17,14 %
Over 60 år	6	17,14 %
Total	35	100,00 %

Godt 34,28 % af Skanderborg kommunes praktiserende læger er over 55 år, og der er således i Skanderborg kommune en rimelig aldersfordeling.

Befolkning i Skanderborg kommune

Skanderborg kommune har i 2007 knap 55.500 indbyggere. Tabel 5.13.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.13.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger⁴⁰

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	55.300	55.930	56.527	57.096	57.621	58.101
Antal læger	34,56	34,96	35,33	35,69	36,01	36,31

⁴⁰ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter. Her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

Tabel 5.13.3 viser en stigning i befolkningstallet. Lægebehovet stiger frem til 2012 fra 34 til 36 læger i Skanderborg kommune.

Sammenfatning vedrørende Skanderborg kommune de kommende fem år

- Kompagniskabspraksis er den overvejende praksisform i Skanderborg kommune
- Aldersfordelingen blandt lægerne er god.
- I Skanderborg kommune er der 35 læger, behovet stiger som følge af befolkningstilvæksten med to læger over de næste fem år.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 11 læger de kommende fem år⁴¹.

5.14 Skive kommune

Lægedækningsituationen i Skive kommune

Der er i Skive kommune 32⁴² praktiserende læger nedsat i 19 praksis.

- I Glyngøre er der en enkeltmandspraksis med en læge og en delelæge.
- I Selde er der en enkeltmandspraksis.
- I Roslev er der en kompagniskabspraksis med fire læger og en delelæge.
- På Fur er der en enkeltmandspraksis.
- I Durup er der en enkeltmandspraksis.
- I Højslev er der en kompagniskabspraksis med tre læger.
- I Skive findes ni praksis. Heraf fem enkeltmandspraksis, den ene med en læge og en delelæge, tre kompagniskabspraksis med to læger, en kompagniskabspraksis med tre læger.
- I Spøttrup er der fire enkeltmandspraksis.

Tabel 5.14.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

Praksisform	Antal	Andel %
Delelæger	3	9,4 %
Enkeltmandspraksis	13	40,6 %
Kompagniskabspraksis	16	50,0 %
Total	32	100,0 %

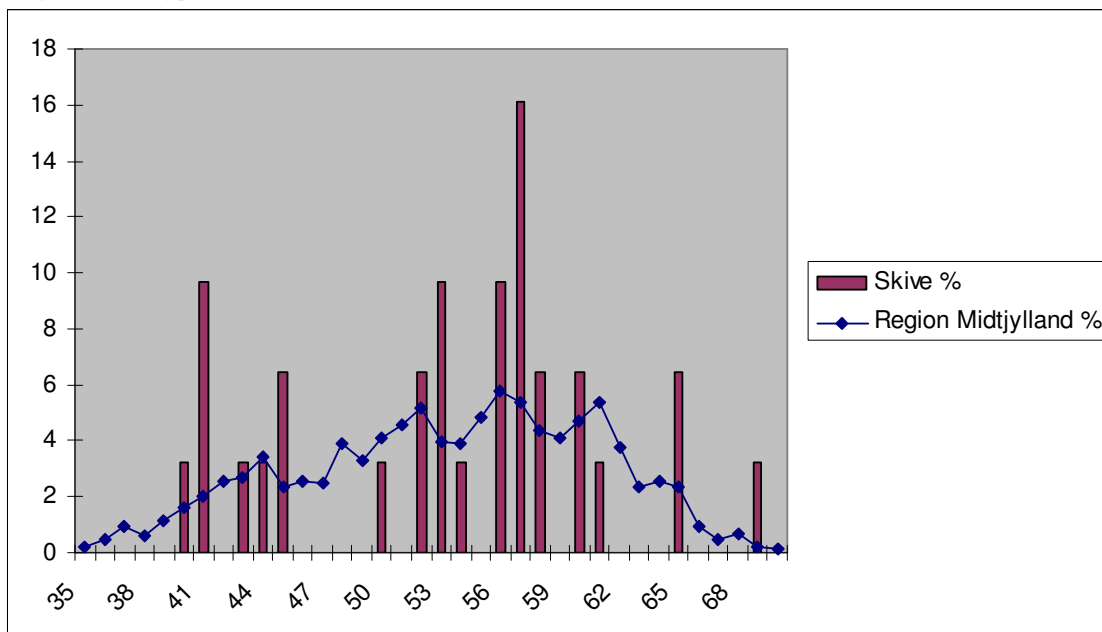
De praktiserende læger fordeler sig nogenlunde jævnt mellem kompagniskabspraksis og enkeltmandspraksis. I forhold til Region Midtjyllands målsætninger om at fremme større praksisenheder bør der således skabes en udvikling i området i retning af større samarbejdspraksis.

Gennemsnitsalderen blandt Skive kommunes praktiserende læger er 53,4 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

⁴¹ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

⁴² I datasættet er registreret 33 læger, det skyldes at en læge er registreret to gange.

Figur 5.14.1: Sammenligning mellem lægernes aldersfordeling i Skive kommune og Region Midtjylland



Skive gruppen af yngre læger, der skal overtage ved de ældre lægers ophør, er ikke særlig stor. Det antyder dermed, at der kan opstå problemer i området.

Tabel 5.14.2: Aldersfordeling blandt Skive kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	8	25,00 %
50-54 år	8	25,00 %
55-59 år	10	31,25 %
Over 60 år	6	18,75 %
Total	32	100,00 %

Der er i Skive kommune en mindre andel yngre læger og en større andel ældre læger end i Region Midtjylland samlet. 50 % af Skive kommunes praktiserende læger er over 55 år. Der må således forventes et større antal læger, som vil ophøre som praktiserende læger pga. pension de kommende år.

Befolkning i Skive kommune

Skive kommune har i 2007 godt 48.000 indbyggere. Tabel 5.14.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.14.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger⁴³

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	48.111	47.975	47.843	47.712	47.577	47.438
Antal læger	30,07	29,98	29,90	29,82	29,74	29,65

Tabel 5.14.3 viser et mindre fald i befolkningstallet. Lægebehovet ligger dog konstant på omkring 30 læger. Der er i Skive kommune et ledigt ydernummer.

Sammenfatning vedrørende Skive kommune de kommende fem år

- Blandt lægerne i Skive kommune er der en forholdsvis ligelig fordeling mellem praksisformerne kompagniskabspraksis og enkeltmandspraksis.
- Aldersfordelingen er ikke gunstig, der mangler yngre læger til at overtage efter de ældre.
- Der bør tilskyndes en udvikling af praksisformer mod større enheder med fagligt samarbejde og sparring.
- I Skive kommune ligger behovet for læger konstant på 29 læger over de næste fem år.
- Der er i Skive kommune et ledigt ydernummer.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 11 læger de kommende fem år⁴⁴. Der bør derfor igangsættes en indsats i Skive kommune.

5.15 Struer kommune

Lægedækningsituationen i Struer kommune

Der er i Struer kommune 14 praktiserende læger nedsat i 8 praksis.

- I Struer er der syv praksis, fem enkeltmandspraksis og to kompagniskabspraksis med hver tre læger.
- I Thyholm findes et kompagniskab med tre læger.

Tabel 5.15.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

Praksisform	Antal	Andel %
Enkeltmandspraksis	5	35,71 %
Kompagniskabspraksis	9	64,29 %
Total	14	100,00 %

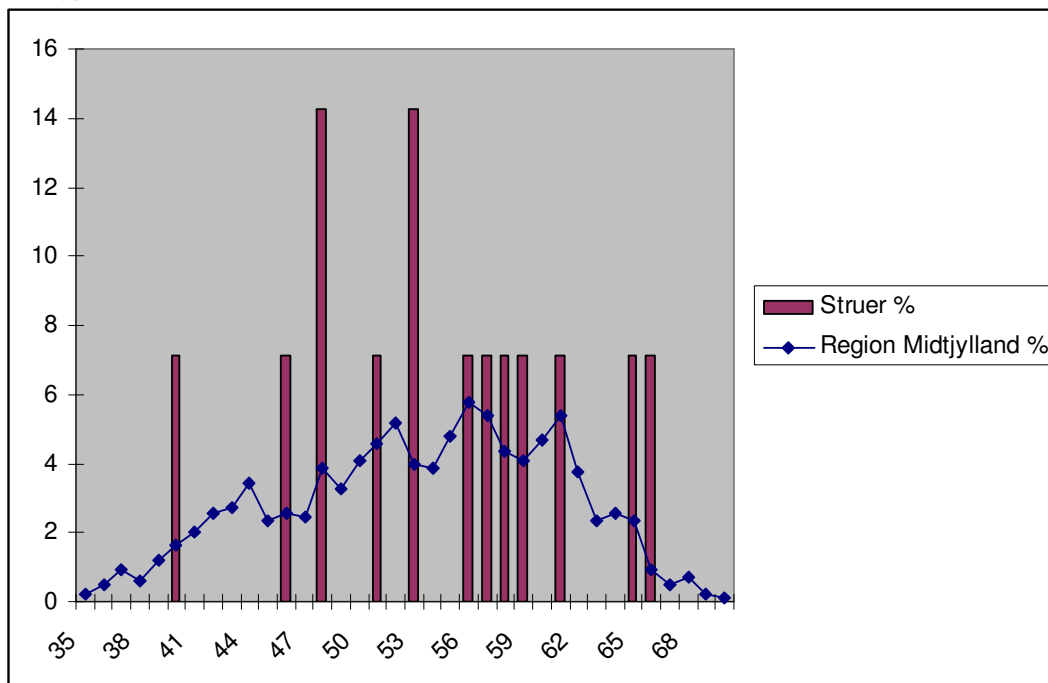
Tabel 5.15.1 viser, at knap 65 % af de praktiserende læger sidder i kompagniskabspraksis mens godt 35 % sidder i enkeltmandspraksis.

Gennemsnitsalderen blandt Struer kommunes praktiserende læger er 54,35 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

⁴³ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter. Her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

⁴⁴ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

Figur 5.15.1: Sammenligning mellem aldersfordeling i Struer kommune og Region Midtjylland



Tabel 5.15.2: Aldersfordeling blandt Struer kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	4	28,57 %
50-54 år	3	21,43 %
55-59 år	4	28,57 %
Over 60 år	3	21,43 %
Total	14	100,00 %

Figur 5.15.1 og tabel 5.15.2 viser, at 50 % af Struer kommunes praktiserende læger er over 55 år. Der må således forventes at nogle læger vælger at ophøre pga. pension de kommende år.

Befolkning i Struer kommune

Struer kommune har i 2007 godt 22.500 indbyggere. Tabel 5.15.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.15.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger⁴⁵

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	22.591	22.543	22.497	22.458	22.419	22.379
Antal læger	14,12	14,09	14,06	14,04	14,01	13,99

Tabel 5.15.3 viser et mindre fald i befolkningstallet. Lægebehovet ligger dog konstant på godt 14 læger i Struer kommune.

⁴⁵ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter, her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

Sammenfatning vedrørende Struer kommune de kommende fem år

- Kompagniskabspraksis er den overvejende praksisform blandt lægerne.
- Der er en forholdsvis stor andel af lægerne, der er over 55 år.
- I Struer kommune er der 14 læger, behovet er konstant de næste fem år.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 6 læger de kommende fem år⁴⁶.

5.16 Syddjurs kommune

Lægedækningssituationen i Syddjurs kommune

Der er i Syddjurs kommune 27 praktiserende læger nedsat i 14 praksis

- I Ebeltoft findes en kompagniskabspraksis med seks læger og to delelæger.
- I Hornslet er der en kompagniskabspraksis med fire læger og en delelæge.
- I Knebelbro er der en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Kolind findes to enkeltmandspraksis.
- I Lime findes en enkeltmandspraksis.
- I Nimtofte findes en enkeltmandspraksis.
- I Ryomgård er der to enkeltmandspraksis i fælles lokaler.
- I Rønde er der to enkeltmandspraksis og et kompagniskab med to læger.
- I Thorup findes en enkeltmandspraksis.
- I Tirstrup er der en enkeltmandspraksis.

Tabel 5.16.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

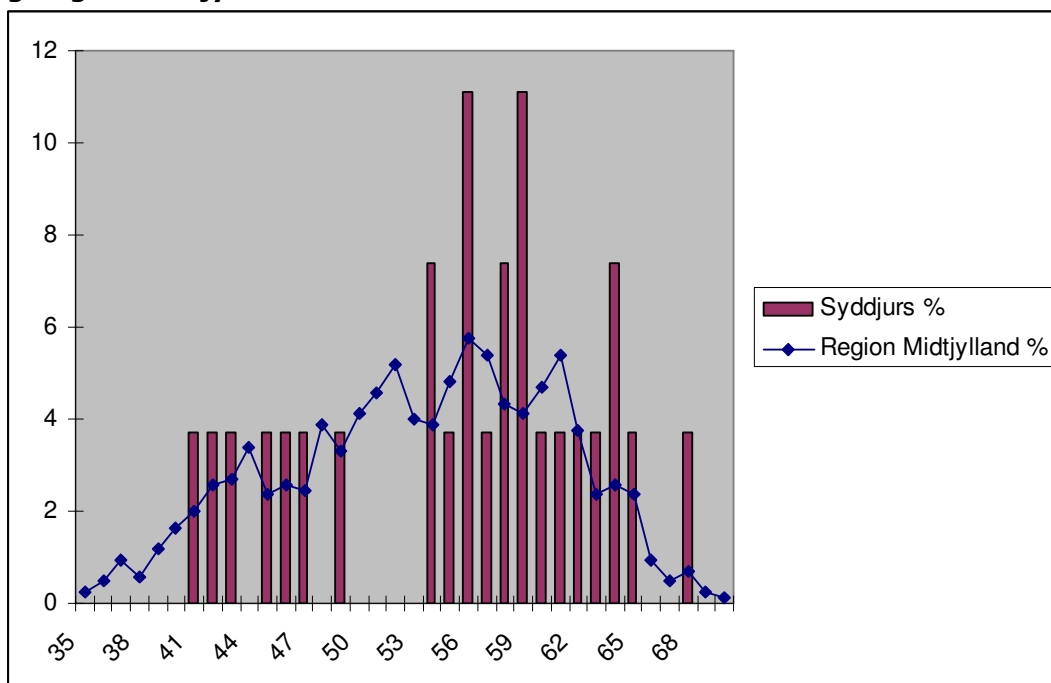
Praksisform	Antal	Andel %
Delelæger	3	11,1 %
Enkeltmandspraksis	10	37,0 %
Kompagniskabspraksis	14	51,9 %
Total	27	100,00 %

Tabel 5.16.1 viser at godt halvdelen af de praktiserende læger i Syddjurs kommune sidder i kompagniskabspraksis mens knap 40 % har enkeltmandspraksis.

Gennemsnitsalderen blandt Syddjurs kommunes praktiserende læger er 55,6 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

⁴⁶ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

Figur 5.16.1: Sammenligning mellem lægernes aldersfordeling i Syddjurs kommune og Region Midtjylland



Figur 5.16.1 illustrerer en forholdsvis skæv aldersfordeling i Syddjurs kommune. Af tabel 5.16.2 kan det ses at 55,56 % af de praktiserende læger er over 55 år. Der må således forventes et større ophør blandt de praktiserende læger pga. pension de kommende år.

Tabel 5.16.2: Aldersfordeling blandt Syddjurs kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	7	25,93 %
50-54 år	5	18,51 %
55-59 år	7	25,93 %
Over 60 år	8	29,63 %
Total	27	100,00 %

Befolkning i Syddjurs kommune

Syddjurs kommune har i 2007 41.000 indbyggere. Tabel 5.16.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.16.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger⁴⁷

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	41.003	41.309	41.605	41.879	42.136	42.383
Antal læger	25,63	25,82	26,00	26,17	26,34	26,49

Tabel 5.16.3 viser en stigning i befolkningstallet. Lægebehovet stiger frem til 2012 med knap en læge.

⁴⁷ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter. Her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

Sammenfatning vedrørende Syddjurs kommune de kommende fem år

- Enkeltmands- og kompagniskabspraksis dominerer blandt lægerne.
- Der er en meget skæv aldersfordeling.
- Der bør tilskyndes en udvikling af praksisformer mod større enheder med fagligt samarbejde og sparring.
- I Syddjurs kommune er der 27 læger, behovet stiger som følge af befolkningstilvæksten med en læge over de næste fem år.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 11 læger de kommende fem år⁴⁸. Der bør derfor igangsættes en indsats i Syddjurs kommune.

5.17 Viborg kommune

Lægedækningssituationen i Viborg kommune

Der er i Viborg kommune 63 praktiserende læger nedsat i 31 praksis.

- I Bjerringbro findes to kompagniskabspraksis med tre og fem læger.
- I Frederiks er der en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Karup er der en kompagniskabspraksis med tre læger.
- I Klejtrup er der en enkeltmandspraksis.
- I Løgstrup er der en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Møldrup er der en kompagniskabspraksis med tre læger.
- I Rødkærsbro er der en enkeltmandspraksis.
- I Skals er der en kompagniskabspraksis med to læger.
- I Stoholm er der en kompagniskabspraksis med fem læger.
- I Tjele findes to praksis, en kompagniskabspraksis med to læger og en enkeltmandspraksis med en læge og to delelæger.
- I Viborg findes 19 praksis. Der er 15 enkeltmandspraksis, heraf to med en læge og en delelæge. Derudover er der fire kompagniskabspraksis, heraf to med tre læger og to med tre læger og en delelæge.

Tabel 5.17.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

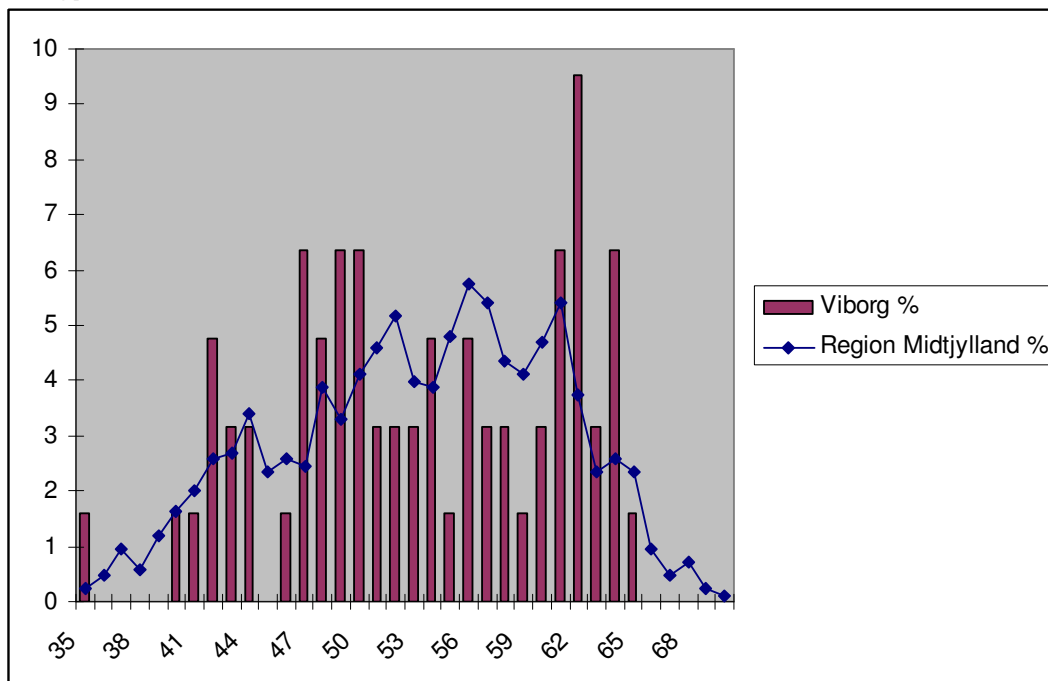
Praksisform	Antal	Andel %
Delelæger	6	9,5 %
Enkeltmandspraksis	18	28,6 %
Kompagniskabspraksis	39	61,9 %
Total	63	100,0 %

Tabel 5.17.1 viser, at godt 60 % af de praktiserende læger sidder i kompagniskabspraksis.

Gennemsnitsalderen blandt Viborg kommunes praktiserende læger er 53,32 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

⁴⁸ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

Figur 5.17.1: Sammenligning mellem aldersfordeling i Viborg kommune og Region Midtjylland



Figur 5.17.1 viser en god aldersfordeling i Viborg kommune, idet der er en større gruppe læger under 50 år.

Tabel 5.17.2: Aldersfordeling blandt Viborg kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	22	34,9 %
50-54 år	13	20,6 %
55-59 år	9	14,3 %
Over 60 år	19	30,2 %
Total	63	100,0 %

Knap 45 % af Viborg kommunes praktiserende læger er over 55 år. Der kan således forventes noget ophør blandt de praktiserende læger pga. pension de kommende år.

Befolkning i Viborg kommune

Viborg kommune har i 2007 knap 91.500 indbyggere. Tabel 5.17.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.17.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger⁴⁹

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	91.405	91.987	92.532	93.039	93.504	93.937
Antal læger	57,13	57,49	57,83	58,15	58,44	58,71

⁴⁹ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter, her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

Tabel 5.17.3 viser en stigning i befolkningstallet. Lægebehovet stiger frem til 2012 fra 57 til 58 læger i Viborg kommune.

Sammenfatning vedrørende Viborg kommune de kommende fem år

- Hovedparten af lægerne sidder i kompagniskabspraksis.
- Viborg kommune har en relativt rimelig aldersfordeling.
- I Viborg kommune er der 63 læger, behovet stiger som følge af befolkningstilvæksten med en læge over de næste fem år.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 19 læger de kommende fem år⁵⁰.

5.18 Århus kommune

Lægedækningsituationen i Århus kommune

Der er i Århus kommune 218 praktiserende læger nedsat i 125 praksis.

- I Beder findes et kompagniskab med to læger.
- I Brabrand er der fire kompagniskabspraksis, tre med to læger og et med fire læger.
- I Egå er der to kompagniskabspraksis, en med to læger og en med to læger og en delelæge.
- I Harlev er der to praksis en enkeltmandspraksis og et kompagniskab med tre læger.
- I Højbjerg findes fem praksis, to enkeltmandspraksis og tre kompagniskaber med to læger.
- I Kolt er der et kompagniskab med to læger.
- I Lystrup er der tre enkeltmandspraksis og en kompagniskabspraksis med to læger og en delelæge.
- I Malling er der en kompagniskabspraksis med fire læger og en delelæge.
- I Mårslet er der en kompagniskabspraksis med tre læger.
- I Risskov findes ni praksis, seks enkeltmandspraksis, heraf to med en læge og en delelæge, og tre kompagniskaber med to læger.
- I Skødstrup er der et kompagniskab med syv læger.
- I Solbjerg er der en kompagniskabspraksis med to læger og en delelæge.
- I Tilst er der to praksis, en enkeltmandspraksis og et kompagniskab med to læger.
- I Tranbjerg er der et kompagniskab med fem læger.
- I Trige er der et kompagniskab med to læger.
- I Viby findes 12 praksis, ti enkeltmandspraksis og to kompagniskaber med to læger.
- I Åbyhøj findes fem enkeltmandspraksis og et kompagniskab med to læger.
- I Århus C findes 50 praksis, heraf er 28 enkeltmandspraksis, tre af disse har en læge og en delelæge. 22 er kompagniskaber af disse har ti to læger, seks har tre læger, et har fire læger og fem har to læger og en delelæge.
- I Århus N findes 14 praksis, ni enkeltmandspraksis, hvoraf to har en læge og en delelæge, og fem kompagniskaber. Af de sidstnævnte har tre to læger og et har tre, og et har en læge.
- I Århus V er der seks praksis, fem er enkeltmandspraksis, heraf en med en læge og delelæge og en er kompagniskab med to læger.

⁵⁰ Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

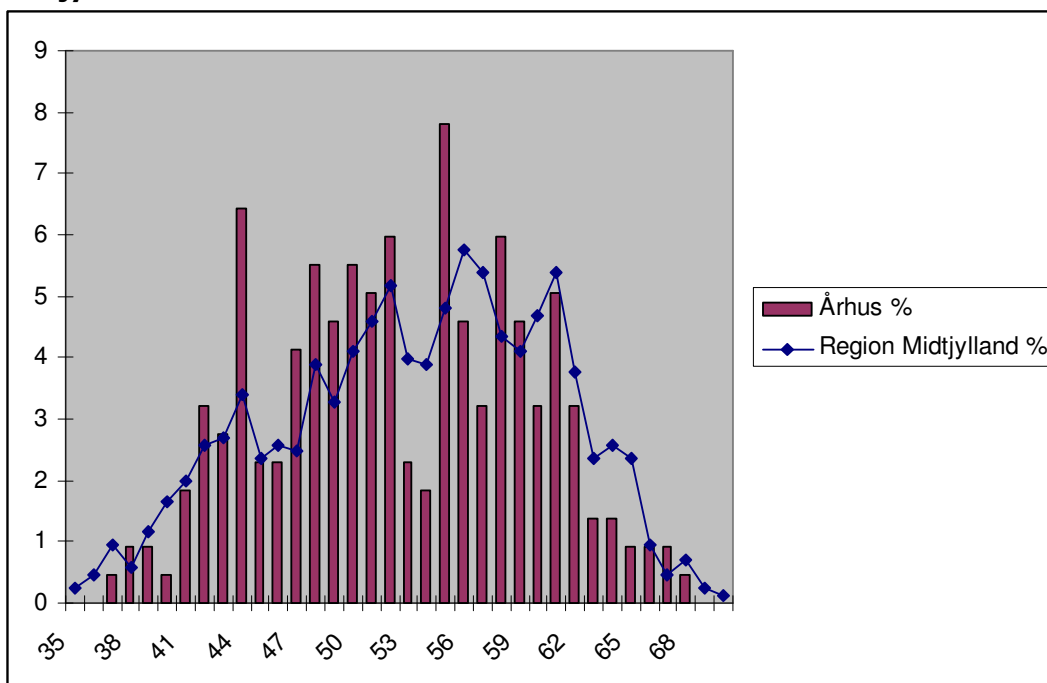
Tabel 5.18.1: De praktiserende lægers fordeling på praksisformer

Praksisform	Antal	Andel %
Delelæger	16	7,3 %
Enkeltmandspraksis	71	32,6 %
Kompagniskabspraksis	131	60,1 %
Total	218	100,0 %

Tabel 5.18.1 viser, at 60 % af de praktiserende læger sidder i kompagniskabspraksis. 30 % sidder i enkeltmandspraksis.

Gennemsnitsalderen blandt Århus kommunes praktiserende læger er 52,44 år, aldersfordelingen kan ses nedenfor.

Figur 5.18.1: Sammenligning mellem aldersfordeling i Århus kommune og Region Midtjylland



Figur 5.18.1 viser en meget god aldersfordeling i Århus kommune.

Tabel 5.18.2: Aldersfordeling blandt Århus kommunes praktiserende læger

Alder	Antal	Andel %
Under 50 år	78	35,8 %
50-54 år	45	20,6 %
55-59 år	57	26,1 %
Over 60 år	38	17,4 %
Total	218	100,0 %

Knap 45 % af Århus kommunes praktiserende læger er over 55 år. Der kan således forventes noget ophør blandt de praktiserende læger pga. pension de kommende år.

Befolkning i Århus kommune

Århus kommune har i 2007 godt 296.000 indbyggere. Tabel 5.18.3 viser befolkningsfremskrivningen for de kommende fem år.

Tabel 5.18.3: Befolkningsfremskrivning og antal læger⁵¹

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Befolkning i alt	296.170	297.975	299.631	301.262	302.924	304.617
Antal læger	185,1	186,2	187,3	188,3	189,3	190,39

Tabel 5.18.3 viser en stigning i befolkningstallet. Lægebehovet stiger frem til 2012 fra 185 til 190 læger i Århus kommune.

Sammenfatning vedrørende Århus kommune de kommende fem år

- Lægerne er overvejende organiseret i kompagniskabspraksis.
- Aldersfordelingen i Århus kommune er rimelig.
- I Århus kommune skal der være omkring 187 læger.
- Rekrutteringsbehovet vurderes at være ca. 54 læger de kommende fem år⁵².
- Overordnet set må det forventes at rekruttering til Århus kommune ikke vil medføre større problemer, dog kan der være områder i kommunen, hvor det er sværere at rekruttere end andre.

⁵¹ Estimeret som én læge pr. 1600 patienter, her er således ikke taget højde for gruppe 2 sikrede, eller at kommunen kan have patienter fra andre kommuner, eller borgere der vælger læge i en anden kommune.

⁵² Behovet baserer sig på en sammenligning af lægernes nuværende alder og gennemsnitsoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen for alder ved forventet ophør med praksis.

5.19 Opsamling af indsatsområder

Figur 5.19.1: Igangværende og kommende indsatsområder i Region Midtjylland



Som det fremgår af figur 5.19.1 er der mange indsatsområder i Region Midtjylland, både igangværende og kommende. Det er derfor nødvendigt at prioritere mellem dem. Region Midtjylland vurderer at der skal prioriteres ud fra for det første at følge op på allerede igangsatte initiativer, for at sikre at de kommer til at fungere og for det andet en vurdering af problemernes omfang.

Det forventes snarligt at igangsætte besøgsrunder til områder, der kræver opmærksomhed, men der vil ligeledes blive taget kontakt med de områder, hvor der i de kommende år forventes problemer. På kommunalt plan omfatter det Horsens, Ikast-Brande, Lemvig, Norddjurs, Randers, Ringkøbing-Skjern, Samsø, Skive og Syddjurs kommuner.

Besøgsrunderne skal fungere som fælles ideudveksling. Det er vigtigt, at man tidligt (forebyggende) kan forholde sig til problemernes omfang med rekruttering og fastholdelse, herunder afdække løsningsmuligheder. Løsninger forventes besluttet i dialog med både repræsentanter fra Region Midtjylland, Praksisudvalget og de berørte læger.

Bilag

Bilag 1. Spørgeskema til de praktiserende læger i Region Midtjylland

Baggrundsoplysninger

Ydernummer _____

Udfyldt af (lægens navn): _____

Dato: / 2007

Praksisforhold

1. Hvordan er din praksisorganisering?

Vi har oplysninger vedr. solo-, dele- og kompagniskabspraksis, men har brug for følgende oplysning. Sæt kryds, hvis ja

Samarbejdspraksis

Andre former for samarbejde (f.eks. dagringe, ferie). Beskriv: _____

2. Hvordan er din praksistype?

Sæt kryds

Overvejende landpraksis

Overvejende bypraksis

Kombineret by- og landpraksis

3. Hvordan er dine lokaleforhold?

Sæt kryds

Ejede lokaler

Lejede lokaler

4. Mangler du ekstra lokaler til nogle af følgende?

Sæt kryds

Uddannelseslæger

Klinikpersonale

Ansættelse af amanuensis/delelæge

5. Har du klinikpersonale ansat?

Sæt gerne flere krydser

	Ja	Nej
Sygeplejerske		
Sekretær		
Bioanalytiker		
Andre		

Hvis Ja i spm. 5

Hvor mange timer om ugen i praksis?

	Antal timer om ugen
Sygeplejerske	
Sekretær	
Bioanalytiker	
Andre	

Planer for fremtiden

6. Hvornår planlægger du at afhænde din praksis?

Skriv alder

Jeg planlægger/forventer tidligst at afhænde praksis, når jeg er _____ år

Jeg planlægger/forventer senest at afhænde praksis, når jeg er _____ år

7. I hvor høj grad vil de oplyste forhold bidrage til at udsætte tidspunktet for afhændelse af din praksis?

Sæt gerne flere krydser

	I høj grad	I mindre grad	Ingen betydning	Ved ikke
Vikarordning				
Sammenlægning af praksis				
Anskaffelse/opdatering af EDB				
Nedsættelse i arbejdstiden				
Øvrige lettelser i arbejdsmængde				

Andre forhold. Beskriv: _____

8. Såfremt du forudser vanskeligheder med at afhænde praksis. I hvor høj grad kan nedenstående forhold medvirke til at gøre praksis mere attraktiv for en køber?

Sæt gerne flere krydser

	I høj grad	I mindre grad	Ingen betydning	Ved ikke
Forbedring af lokaleforhold				
Flytning af praksis				
Sammenlægning af praksis				
Anskaffelse/opdatering af EDB				

Andre forhold. Beskriv: _____

9. Vil du efter praksisophør være interesseret i ansættelse som løs/fast vikar?

Ja Nej

10. Vil du efter praksisophør være interesseret i at fortsætte med vagtarbejde?

Ja Nej

Du bedes besvare spørgsmål 11, hvis du har svaret " Ja " i spm. 9 eller 10

11. På hvilken måde kunne du ønske dig ansættelse som løs/fast vikar?

Sæt kryds

- Mindre end 1 dag/uge
- 1 dag/uge
- 2 dage/uge
- 3 dage/uge
- Periodevis ansættelse – uger eller måneder af gangen
- Anden form for ansættelse, beskriv: _____

12. Har du kommentarer, er du velkommen til at skrive dem her:

Bilag 2. Antal læger i praksisformer fordelt på kommuner i Region Midtjylland

Kommune	Antal delelæger i delepraksis	Pct.	Antal læger i enkeltmands praksis	Pct.	Antal læger i kompagniskabspraksis	Pct.
Favrskov	7	9,72	4	162	28	5,24
Hedensted	2	2,78	4	1,62	23	4,31
Herning	3	4,17	7	2,83	44	8,24
Holstebro	2	2,78	6	2,43	33	6,18
Horsens	7	9,72	17	6,88	34	6,37
Ikast-Brande	2	2,78	3	1,21	22	4,12
Lemvig	0	0,00	10	4,05	5	0,94
Norrdjurs	1	1,39	12	4,86	15	2,81
Odder	1	1,39	10	4,05	2	0,37
Randers	1	1,39	28	11,34	25	4,68
Ringkøbing-Skjern	2	2,78	7	2,83	28	5,24
Samsø	0	0,00	2	0,81	0	0,00
Silkeborg	11	15,28	10	4,05	45	8,43
Skanderborg	5	6,94	9	3,64	21	3,93
Skive	3	4,17	14	5,67	16	3,00
Struer	0	0,00	5	2,02	9	1,69
Syddjurs	3	4,17	10	4,05	14	2,62
Viborg	6	8,33	18	7,29	39	7,30
Århus	16	22,22	71	28,74	131	24,53
I alt	72	100,00	247	100,00	534	100,00

Bilag 3. Lægernes alder fordelt på kommuner

Kommune	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70 år	I alt	Gns.lig alder
Favrskov	0	10	18	11		39	54,33
Hedensted	3	11	11	4		29	51,10
Herning	2	10	27	15		54	54,51
Holstebro	2	9	24	5	1	41	52,78
Horsens	3	9	24	22		58	55,95
Ikast-Brande	0	3	15	9		27	56,07
Lemvig	1	0	9	5		15	56,00
Norrdjurs	0	8	11	9		28	54,18
Odder	1	4	5	3		13	52,23
Randers	1	12	26	15		54	54,58
Ringkøbing-Skjern	4	7	18	8		37	51,76
Samsø	0	0	1	1		2	55,50
Silkeborg	6	18	28	14		66	51,68
Skanderborg	0	15	14	6		35	51,88
Skive	0	8	19	6		33	53,21
Struer	0	4	7	3		14	54,36
Syddjurs	0	7	12	8		27	55,59
Viborg	1	21	22	19		63	53,32
Århus	5	73	102	38		218	52,49
I alt	29	229	393	201	1	853	53,38

Bilag 4. Lægernes alder ved forventet praksisophør

Alder ved praksisophør	Tidligste angivelse		Seneste angivelse	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Tidligere end 60 år	17	2,41	3	0,43
60 årig	233	33,10	23	3,27
61 årig	3	0,43	4	0,57
62 årig	166	23,58	50	7,10
63 årig	33	4,69	21	2,98
64 årig	19	2,70	21	2,98
65 årig	145	20,60	288	40,91
Senere	41	5,82	202	28,69
ikke oplyst	47	6,68	92	13,07
I alt	704	100,00	704	100,00

Bilag 5. Lægernes bemærkninger til spørgeskemaundersøgelsen

I spørgeskemaet har lægerne haft mulighed for at komme med øvrige bemærkninger til undersøgelsen. I alt 115 læger har kommenteret undersøgelsen svarende til 16 %. Svarene rummer overordnet følgende indhold, hvor rækkefølgen er angivet i forhold til antallet af besvarelser i samme gruppering.

- Der er lang tid til pensionering. Spørgsmålene er derfor meget teoretiske.
- Fremtiden er vanskelig at forudsige, derfor forbehold overfor forventning omkring ophørstidspunkt, herunder forhold omkring praksisafhængelse.
- Andre initiativer
 - Der skal ikke være for meget administration eller offentlig styring og kvalitetskontrol
 - Arbejdsbyrden skal reduceres
 - Mere fleksibilitet i åbne/lukke grænser
 - Forhold, som man selv kan påvirke for en forbedret hverdag. Der kunne arbejdes mere med arbejdsgangene, inspiration til nye måder og opgaveglidning til personale
- Overordnede holdninger til området. Løsningsforslag og bud på initiativer spænder bredt. Vigtigt at få uddannelseslæger.
- Ændring i praksisforhold kan påvirke svarenes rigtighed. Fokus er på, at der er mange flytninger, nye læger/personale.
- Konkrete praksisforhold. Svarene har fokus på, at der er behov for større og bedre lokaleforhold. Andre har også ønsker i forhold til lokalfællesskab, men har ikke fundet tiden til at konkretisere dette ønske, dette forslås også gerne i lejede lokaler. Der udtrykkes af flere et generelt behov for hjælp fra region/kommune til gennemførelse af sammenlægninger.
- Økonomisk kompensation. Der er her to pointer. Der skal være en større honorering og økonomisk kompensation kan bruges til fastholdelse af læger.
- Vagtfritagelse sikrer, at læger forbliver længere i praksis. En person har angivet, at vagter er for dårligt betalt.
- Mulighed for delepraksis er vigtigt for rekruttering - især af kvinder og også i forhold til fastholdelse af læger.
- Helbredsmæssige årsager kan ændre de angivne svar.



Strategi og politiske rammer for sikring af lægedækning i almen praksis i Region Midtjylland.

Dette notat indeholder forslag til strategi og rammer for regionsrådets tiltag til sikring af fremtidig lægedækning i almen praksis i Region Midtjylland.

Hovedlinierne i strategien er beskrevet overordnet i afsnit 1. I afsnit 2 og 3 er udfordringerne for almen praksis i de kommende år samt Samarbejdsudvalgets plan for rekruttering og fastholdelse kort beskrevet, hvorefter strategien er udfoldet mere detaljeret i de følgende afsnit. Der er her fokus på dels tiltag, der er direkte målrettet i forhold til afhjælpning af lægemangel (afsnit 4), dels tiltag, der er målrettet i forhold til strukturudvikling og arbejdsorganisering i almen praksis (afsnit 5). Endelig er de politiske rammer for indsatsen beskrevet nærmere i afsnit 6.

1. Hovedlinier i Region Midtjyllands strategi for rekruttering og fastholdelse i almen praksis.

Det overordnede sigtepunkt for strategien er at sikre, at den knappe ressource af alment praktiserende læger anvendes bedst muligt til at imødekomme den samlede befolknings behov for lægedækning.

Dette opnås ved:

- at sikre geografisk ligelig fordeling af de praktiserende læger, og
- at sikre effektiv brug af lægernes tid via organisationsændringer, øget brug af klinikpersonale og opgaveglidning.

Dato 30-01-2008

PJ/PM/MBN/MHN

Tel. +45 8728 4543

MetteBraender.Noergaard@STAB.RM.DK

Side 1

"Den gode praksis"

Med henblik på at nå disse mål er der behov for, at lægerne iværksætter de nødvendige effektiviseringer af det daglige arbejde, blandt andet via ansættelse af klinikpersonale. Det giver mulighed for, at den enkelte læge kan påtage sig en øget arbejdsmængde i form af flere patienter pr. læge og flere opgaver i forhold til den enkelte patient, herunder ikke mindst i forhold til de kroniske patienter.

Det foreslås, at Region Midtjylland understøtter denne udvikling via den netop etablerede kvalitetsorganisation for almen praksis – dvs. først og fremmest Praksisudviklingskonsulenterne, der bl.a. anmodes om at beskrive "den gode praksis" incl. økonomisk grundlag. Denne beskrivelse vil øvrige praktiserende læger i regionen kunne bruge som udviklingsmodel.

Det bemærkes, at denne udvikling i sig selv må forventes at give behov for mere fysisk plads og forbedret infrastruktur (IT m.m.) i den enkelte praksis, jf i øvrigt nærmere nedenfor.

Etablering af bæredygtige praksis.

Der er samtidig behov for at iværksætte en udvikling hen imod etablering af flerlægepraksis – dvs. enten egentlige kompagniskabspraksis eller alternativt samarbejdspraksis bestående af flere mindre praksis – hvor flere læger arbejder sammen og udnytter synergieffekterne heraf. Det kan eksempelvis være i form af effektiv udnyttelse af klinikpersonale, fælles administration, faglig specialisering af læger og personale m.m. Samtidig vil det give forbedrede muligheder for at tilrettelægge uddannelsesforløb for nye speciallæger i almen medicin, ligesom sådanne praksisfællesskaber generelt vil være mere attraktive for unge (og ældre) speciallæger i almen medicin – og dermed forbedre rekrutterings- og fastholdelsesmulighederne i almen praksis.

Den ultimative model indebærer, at lægerne samtidig etablerer sig i sundheds- eller behandlerhuse i tæt tilknytning til andre sundhedsfunktioner, f.eks. kommunens hjemmepleje, evt. hospitalsfunktioner, andre sygesikringsydere m.fl. Dette vil give endnu bedre mulighed for at udnytte andre faggrupper i optimeringen af patientbehandlingen.

Uanset om der kan etableres sundheds-/behandlerhuse eller alene større lægehuse, forudsætter denne ønskede udvikling, at Region Midtjylland konkret understøtter arbejdet. Først og fremmest ved i nødvendigt omfang at tage risiko ud af relevante etableringsprojekter, således at det ikke nødvendigvis er lægerne selv, der skal stå som bygherre og ejer i projekter, som på længere sigt kan være relativt risikable investeringer. Det er dog samtidig vigtigt at pointere, at mellemværendet mellem læger og region i sådanne projekter – eksempelvis huslejebetaling – vil foregå på almindelige markedsvilkår.

Understøtning af sådanne etableringsprojekter forudsætter, at der i nødvendigt omfang afsættes midler i Regions Midtjyllands budget til at købe, etablere og renovere sundheds-/behandler-/lægehuse. I nogle tilfælde vil projekterne alternativt kunne gennemføres ved, at regionen stiller garanti for den risiko, som lægerne vil have ved et projekt. Det kan f.eks. være risiko for husleje, hvis noget af arealet i en bygning ikke kan udlejes. Der udarbejdes konkret forslag til økonomisk ramme hertil. Midlerne bør samtidig søges finansieret via centrale økonomiaftaler.

Der er behov for at afklare nærmere, hvor Region Midtjylland vil understøtte udviklingen med de nødvendige investeringer og/eller risiko-backup. Som grundlag herfor vurderes det, at *effektiv organisering af arbejdet i en praksis på længere sigt forudsætter et befolkningsgrundlag på 8-12.000 indbyggere. Et sådant befolkningsgrundlag vil på længere sigt give det nødvendige fundament til, at flere læger samarbejder og at klinikpersonalet udnyttes mest rationelt.*

I nogle tilfælde kan særlige geografiske forhold dog betinge, at en understøtning fra Region Midtjylland også vil være nødvendig og relevant, selv om befolkningsgrundlaget er væsentligt mindre end 8-12.000 indbyggere. Grundlaget for den konkrete afklaring af, hvor i regionen der i fremtiden forventes placeret større sundheds-/behandler-/lægehuse, vil være den kommende praksisplan for almen praksis, som forventes sendt i høring i løbet af foråret 2008. Derudover vil afklaringen ske via de netop igangsatte "karavanemøder" til de områder af regionen, hvor der vurderes at være særlige problemstillinger i lægedækningen.

I forbindelse med den videre afklaring af udviklingen i et område vil det blive sikret, at der udarbejdes information til områdets borgere, kommune og øvrige interessenter.

Det bemærkes, at samling af læger i flerlægepraksis som udgangspunkt vil betyde, at borgerne vil få længere til deres praktiserende læge end nu. Der er i øjeblikket en overenskomstmæssigt bestemt mulighed for, at lægerne kan sige nej til at have patienter, der bor længere end 15 km fra deres praksis¹⁾. Udviklingen med etablering i flerlægepraksis giver behov for at få ændret denne bestemmelse i overenskomsten. Dette behov er imidlertid allerede indarbejdet i regeringsgrundlaget fra november 2007.

Som et andet element i udviklingen af bæredygtige praksis er der behov for, at Region Midtjylland tager konkrete "facilitator-initiativer" i forhold til de praksis, der forventes at skulle samarbejde i et område. I mange tilfælde vil dette kræve ekspertbistand i form af blandt andet økonomisk/finansiell, juridisk, organisatorisk og kulturel rådgivning. Dette vil i givet fald skulle

¹⁾ Såfremt en borger ikke har mindst to praksis inden for 15 km at vælge imellem, er samarbejdsudvalget dog forpligtet til at anvise andre lægevalgsmuligheder. Dette kan også omfatte praksis, der ligger længere fra borgerens bopæl end 15 km.

finansieres af Region Midtjylland. Der udarbejdes konkret forslag til, hvordan opgaven kan løses på kort og på langt sigt.

Rekruttering/fastholdelse.

Ud over ovenstående initiativer kan der forventes at være en række øvrige tilfælde, hvor Region Midtjylland vil skulle indgå i konkrete rekrutterings-/fastholdelsesinitiativer, hvor de pågældende unge eller ældre læger ikke ønsker at påtage sig en risiko i forbindelse med nedsættelse i almen praksis. Det kan f.eks. være i forbindelse med overtagelse af 0-ydernummer, hvor det i en periode kan være usikkert, hvad indtjeningen og omsætningen i en praksis vil være. I sådanne tilfælde foreslås det, at regionen kan indgå i konkrete "indtjeningsgarantiordninger", hvor lægen garanteres en minimumsindtjening indtil patientantallet når op på et nærmere aftalt niveau, men hvor det samtidig forudsættes, at den udløste garanti tilbagebetales over en efterfølgende nærmere aftalt periode.

Som alternativ hertil foreslås det, at Region Midtjylland tilbyder mulighed for midlertidig ansættelse af speciallæger i almen medicin, idet det som udgangspunkt forventes, at dette sker med henblik på senere overtagelse af et ydernummer på almindelige overenskomstvilkår.

Endelig kan det som et særligt fastholdelsesinitiativ overvejes at give mulighed for, at ældre læger, der overvejer at afhænde deres praksis, får en garanti for afhændelse af deres ydernummer, hvis de indgår i en bæredygtig praksis, og hvis de bliver i deres praksis indtil de er minimum 65 år. Der udarbejdes nærmere forslag til konkrete betingelser herfor. Det bemærkes, at der vil være behov for at afsætte midler hertil på Region Midtjyllands budget, idet rammen samtidig bør søges finansieret via de centrale økonomiforhandlinger.

Derudover er der i delplanen for rekruttering og fastholdelse beskrevet en række initiativer, som forudsætter Region Midtjyllands aktive involvering.

Rammer for Region Midtjyllands tiltag.

Der er nedenfor beskrevet konkrete rammer for det videre arbejde med at sikre lægedækning i regionen. Rammerne indebærer blandt andet:

- At der som udgangspunkt ikke arbejdes med egentlige driftstilskud til praktiserende læger ud over overenskomstens almindelige betingelser.
- At der dog i særlige områder kan være behov for at give omstillingstilskud i en kort overgangsperiode til ansættelse af klinikpersonale i forbindelse med omstilling af en praksis, der indgår i en bæredygtig flerlægepraksis i regionen.

2. Fremtidens almen praksis i Region Midtjylland.

Almen praksis har en afgørende rolle i det danske sundhedssystem. Som borgernes indgang til sundhedssystemet afslutter almen praksis omkring 90% af alle henvendelser, dvs. at der ikke

sker henvisning til det øvrige sundhedsvæsen. Almen praksis er også for patienterne et trygt udgangspunkt i sundhedsvæsenet. Patienterne kender deres praktiserende læge og ved, at den praktiserende læge kender dem og deres sygdomshistorie. Det giver derfor tryghed, at den praktiserende læge er en væsentlig del af vejen gennem sundhedsvæsenet.

Rollen som den decentraliserede del af sundhedsvæsenet, der findes nær borgerne, kender dem og er deres indgang til sundhedsvæsenet, skal opretholdes i fremtiden. Med den øgede specialisering af hospitalerne blive det i stigende grad vigtigt, at borgerne kan komme til deres egen læge, og at den praktiserende læge kan håndtere nogle opgaver, der traditionelt har været placeret på hospitalerne.

Denne rolle for almen praksis udfordres imidlertid af flere faktorer:

- For det første vil der generelt være mangel på læger i de kommende år. En større andel af lægerne nærmer sig pensionsalderen, og der uddannes ikke lige så mange nye læger.
- For det andet er der behov for, at almen praksis i de kommende år påtager sig nye opgaver, dels relateret til kroniker- og forebyggelsesindsats, dels til opgaveglidning fra sygehusvæsenet. Dette forudsætter, at struktur og arbejdsorganisering i almen praksis tilpasses, så man kan håndtere de fremtidige opgaver.
- For det tredje vil der i de kommende år være øget fokus på kvalitetssikring og -udvikling i almen praksis, blandt andet via den danske kvalitetsmodel, operation LIFE m.m.

Disse udfordringer giver behov for, at der arbejdes systematisk med udvikling af almen praksis i de kommende år, således at almen praksis kan påtage sig de nye opgaver og fortsat varetage rollen som borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet.

3. Plan for rekruttering og fastholdelse i almen praksis i Region Midtjylland.

Samarbejdsudvalget for Almen Praksis i Region Midtjylland har den 6. november 2007 vedtaget en vedtaget en plan for rekruttering og fastholdelse i almen praksis. Planen består af 3 elementer:

- En generel beskrivelse og analyse af almen praksis i Region Midtjylland, med fokus på lægernes aldersfordeling og praksisformer, deres egen vurdering af forventet fratrædelsestidspunkt, samt på forventet antal færdiguddannede praktiserende læger og deraf følgende "mangel" på læger i de kommende år. Et resume heraf fremgår af vedlagte **bilag A**.
- En beskrivelse af generelle initiativer og anbefalinger, som kan gennemføres i samarbejde mellem lægerne og Region Midtjylland. Disse er kort resumeret i vedlagte **bilag B**.
- En gennemgang af situationen i almen praksis i hver enkelt kommune i regionen. Denne gennemgang vil senere blive fulgt op af den egentlige praksisplan, hvor der vil være konkrete forslag til udvikling og placering af lægepraksis i regionen.

De generelle initiativer og anbefalinger i rekrutterings- og fastholdelsesplanen, som er vedtaget i enighed af Samarbejdsudvalget i henhold til Landsoverenskomsten for almen lægegering, vurderes imidlertid ikke at kunne bidrage i tilstrækkeligt omfang til at sikre lægedækningen i Region Midtjylland. Der er derfor behov for at supplere med en nærmere beskrivelse af, hvilke initiativer Region Midtjylland derudover vil bringe i anvendelse for at sikre lægedækningen i almen praksis.

Disse initiativer er nedenfor beskrevet nærmere under to hovedoverskrifter:

- Direkte initiativer vedr. rekruttering og fastholdelse
- Organisatoriske ændringer og ændret arbejdsorganisering, der kan give mulighed for øget patienttal for lægerne.

Endelig beskrives de politiske rammer for Region Midtjyllands tiltag nærmere.

4. Region Midtjyllands tiltag direkte målrettet lægemangel

Lægemanglen i de kommende år nødvendiggør en indsats omkring rekruttering og fastholdelse af læger i Region Midtjylland. Delplanen for rekruttering og fastholdelse indeholder en række tiltag omkring dette. Ud over disse vil Region Midtjylland også inddrage følgende i arbejdet.

- Region Midtjylland ønsker, at lægemanglen generelt tænkes med i de kommende overenskomstforhandlinger, og at der specifikt i den nye overenskomst anvises konkrete instrumenter i form af økonomiske incitamenter til håndtering af lægemanglen i de områder, hvor det er sværest at tiltrække læger. I disse områder er en del af problematikken, at yngre læger ikke finder det attraktivt at nedsætte sig i området. Det kan via overenskomsten derfor anbefales at tiltrække de yngre læger ved hjælp af et direkte økonomisk incitament for på den måde at skabe et miljø, der kan tiltrække andre yngre læger.
- For mange unge læger vil det ikke være attraktivt at nedsætte sig som privat praktiserende læge, med alle de usikkerheder og praktiske problemstillinger, det kan medføre i form af indtjeningsrisiko og administrative opgaver, som man ikke er uddannet til at varetage. Mange læger skal og vil formentlig fortsat være selvstændige erhvervsdrivende. Men som alternativ bør der arbejdes på at skabe rammer for, at en lægepraksis kan omfatte både lægelige partnere, der ejer praksis, og ansatte praktiserende læger, der arbejder som læger i almen praksis uden at behøve at påtage sig ansvaret for alle aspekter af virksomhedsdriften. Det kan også være en mulighed, at lægerne tilbydes at passe en praksis på almindelige overenskomstmæssige vilkår, hvor de administrative opgaver varetages af andre – evt. af administrationen i Region Midtjylland – mod en passende reduktion af basis-/ydelseshonoraret.
- Tildelingen af delepraksistilladelser indebærer et dilemma. På den ene side betyder tilladelsen muligvis, at flere læger vælger almen praksis, fordi de kan få mere fleksible arbejdstider. På den anden side betyder tilladelsen, at der i en tid med lægemangel kommer til at være uudnyttede lægeressourcer i almen praksis. Samarbejdsudvalgets administrations-

grundlag for tildeling af delepraksistilladelser fastslår, hvornår der uden videre kan gives tilladelse – eksempelvis når lægen er over 62 år eller hvis der hos lægen selv eller i den nærmeste familie er et betydeligt sundhedsmæssigt problem. I forhold til rekrutterings-/fastholdeshensyn fremgår det, at delepraksistilladelse kan gives i særlige tilfælde og i de særligt udsatte områder i regionen. Med udgangspunkt heri vil Region Midtjyllands repræsentanter i Samarbejdsudvalget arbejde for, at der gives afslag på ansøgninger om delepraksis i ikke-udsatte områder i regionen, med mindre det er begrundet i alder eller sundhedsmæssige forhold. Samtidig bør der arbejdes på at hæve lukkegrænsen i de nuværende delepraksis, således at der kan tages flere patienter.

- Når der i Samarbejdsudvalget skal tildeles nye ydernumre, vil Region Midtjyllands repræsentanter i Samarbejdsudvalget systematisk gå efter at konvertere delepraksis, dvs. give et ydernummer til en delepraksis, der ønsker at få et ydernummer til den læge, der er del-læge. Dette vil give en "gratis" ²⁾ oprustning af almen praksis, idet det ikke koster yderligere af den helt knappe ressource – læger – men tværtimod betyder, at de eksisterende lægeressourcer udnyttes optimalt.
- Generelt bør lægedækningen vægtes meget højt ved tildeling af nye ydernumre. Udover at konvertere delepraksis skal det prioriteres at tildele nye ydernumre til store bæredygtige praksisfællesskaber og til praksis som forventes at kunne rekruttere. Det kan også være en mulighed at tildele ydernumre i puljer, for på den måde at medvirke til, at der kan skabes større, bæredygtige praksisfællesskaber med integration mellem læger og med praksispersonale. Samtidig vil det blive prioriteret at tildele nye ydernumre til områder med rekrutteringsproblemer, for at tendensen til at lægelige ressourcer bindes i områder uden lægedækningsproblemer ikke forstærkes.

5. Region Midtjyllands tiltag i forhold til strukturudvikling og arbejdsorganisering i almen praksis

Som ovenfor nævnt forventes det, at almen praksis i de kommende år skal gennemgå en tilpasning for at kunne påtage sig nye opgaver og håndtere lægemanglen. Denne tilpasning kræver en stor og dedikeret indsats af alle parter. Delplanen for rekruttering og fastholdelse indeholder tiltag omkring etablering af flerlægepraksis, der berører dette. Herudover vil Region Midtjylland arbejde efter følgende mål.

- Region Midtjylland ønsker at understøtte, at der skabes større, bæredygtige praksisfællesskaber med flere læger, således at der etableres et fagligt fællesskab, der kan tiltrække yngre læger (og for at fremme kvaliteten i almen praksis).
- Yderligere ønsker Region Midtjylland, at der i disse praksisfællesskaber bruges klinikpersonale i øget omfang. Mere klinikpersonale vil give det nødvendige grundlag for opgaveglidning og en mere effektiv opgaveløsning.

²⁾ "Gratis" i betydningen lægelig arbejdskraft. Der kan derimod godt være økonomiske konsekvenser heraf, idet en hævet lukkegrænse kan betyde behandling af flere patienter og dermed øget udbetaling af basis- og ydelseshonorar.

- I de kommende år vil almen praksis få en række nye opgaver, der i samspil med lægemanglen nødvendiggør en effektivisering og rationalisering af den daglige arbejdsorganisering. Der bør således iværksættes arbejde, der giver grundlag for denne effektivisering, eksempelvis via LEAN-projekter i almen praksis, således at klinikpersonale kan tage sig af en del af praksis' opgaver, hvorved lægernes tid kan fokuseres på lægefaglige opgaver.
- Region Midtjylland vil arbejde for, at mere velorganiserede og effektive praksis bør have tilladelse til at hæve grænsen for antal patienter pr. læge udover den nuværende højeste grænse på 2.542 patienter.

Effektivt organiserede solopraksis, der ikke er i fare for at blive omsat uden praksisovertagelse, vil i mange tilfælde også være tilstrækkeligt bæredygtige i en årrække. **Men på længere sigt vurderes det, at effektiv organisering af arbejdet i en praksis forudsætter et patientunderlag på 8-12.000 patienter. Et sådant patientunderlag vil give det nødvendige grundlag for, at flere læger samarbejder og at klinikpersonalet udnyttes mest rationelt.** Der vil selvfølgelig være undtagelser fra dette, og særlige vilkår kan medføre afvigelser. Forventningen om et borgerunderlag på 8-12.000 betyder samtidig, at det i nogle tilfælde vil være nødvendigt at fravige den gældende overenskomsts 15 km-grænse. I prioriteringen af Region Midtjyllands tiltag for understøtning af strukturudvikling og rekruttering/fastholdelse vil ovennævnte patientunderlag udgøre det overordnede grundlag.

Region Midtjylland vil arbejde for ændringer i struktur og arbejdsorganisering bl.a. på følgende måder:

- Almen praksis er et selvstændigt erhverv og Region Midtjylland anerkender derfor, at læger kan vælge at nedsætte sig i solopraksis. Region Midtjylland vil dog i alle sammenhænge arbejde aktivt for konvertering af solopraksis til større praksisfællesskaber og fremme af bæredygtige praksis på langt sigt.
- Region Midtjyllands sundhedsplanlægning skal tage udgangspunkt i en forventning om, at der i øget omfang bruges praksispersonale i almen praksis. Praksispersonale kan i den sammenhæng være sekretær, administrativt personale, kliniske farmaceuter, sygeplejersker, diætister og andre faggrupper, der kan afhjælpe opgaverne for de praktiserende læger. Brugen af praksispersonale kan lettes eksempelvis ved at udarbejde kliniske retningslinier for klinikpersonale i almen praksis, udarbejde et idekatalog over muligheder for faglig anvendelse af klinikpersonale og ved at benytte praksisudviklingskonsulenterne til at hjælpe praksis til at udnytte fordelene ved klinikpersonale³⁾. Det foreslås, at muligheder og behov for forskellige typer "specialuddannet" klinikpersonale afdækkes nærmere i samarbejde med de praktiserende læger.

I forbindelse med etablering af praksisfællesskaber, hvor Region Midtjylland indgår i inve-

³⁾ Praksisudviklingskonsulenter er læger ansat af Region Midtjylland til at vejlede andre praksis i optimering af klinikkens funktion, herunder bl.a. arbejdsgange og organisering.

steringer eller andre aftaler, kan der evt. være behov for samtidig at lave konkrete aftaler om brug af praksispersonale.

- Region Midtjyllands kvalitetsorganisation skal arbejde med forbedring af ledelses- og administrationskompetencer i almen praksis, og Region Midtjyllands LEAN-konsulenter skal bruges til at forbedre arbejdsgangene i praksis.
- Region Midtjylland vil i forbindelse med praksisplanen aktivt tage stilling til, hvor og hvordan der kan investeres i forbedrede fysiske rammer for etablering af store (almen) lægeklinikker, og der skal stilles konsulentbistand til rådighed for læger, der ønsker at etablere større praksisfællesskaber. Konsulentbistanden kan omfatte både praktiske forhold vedrørende udvidelse af praksis, såvel som organisatoriske, kulturelle og psykologiske barrierer og processer i forbindelse med overgangen fra mindre praksis til en ny, større organisatorisk enhed.

6. Rammer for Region Midtjyllands tiltag

Region Midtjylland mål som ovenfor beskrevet er i varierende omfang indarbejdet i delplanen for rekruttering og fastholdelse og vil i størst muligt omfang blive indarbejdet i praksisplanen for almen læger, men er derudover en del af den måde, hvorpå der i Region Midtjylland vil blive arbejdet med udviklingen af almen praksis.

Det er vigtigt at understrege, at almen praksis er et selvstændigt erhverv. Det er derfor i udgangspunktet almen praksis selv, der er ansvarlig for rekruttering af læger, for at finde løsninger for ældre læger og for strukturel og organisatorisk udvikling af praksis. Region Midtjylland vil dog medvirke aktivt dels i afprøvningen af nytænkende ideer og udviklingen af langsigtede løsninger dels i løsningen af konkrete problemer, som det ikke er muligt for almen praksis at løse. For i disse tilfælde at kunne arbejde med tiltag er det vigtigt, at Region Midtjylland afsætter ressourcer til investeringer i almen praksis.

I delplanen for rekruttering og fastholdelse er der lavet gennemgange af lægedækningen i regionens kommuner. I den samlede praksisplan vil disse også indeholde en langsigtet planlægning af lægedækningen i kommunerne, der ser på, hvor der forventes på længere sigt at skulle være praksis i de enkelte kommuner. Den langsigtede planlægning vil kunne bruges til håndtering af lægedækningsmæssige problemer, idet der hurtigt kan igangsættes et på forhånd gennemtænkt arbejde med en løsning, hvormed der kan undgås 'panikløsninger'. Den konkrete proces omkring løsningen af et problem finder sted i samarbejde med alle relevante parter: Praksisudvalget i Region Midtjylland, de berørte læger og kommuner.

Den langsigtede planlægning skal indeholde en vurdering af, hvad der kan bygges på i området for at skabe bæredygtige løsninger og bæredygtige praksisfællesskaber, og den skal indeholde overvejelser om, på hvilken måde Region Midtjylland vil deltage i løsningen.

De langsigtede planer vil i konkrete situationer ofte blive et udgangspunkt for løsningen, da planlægningen ikke fuldt ud kan forudsige, hvilken problematik der vil opstå, men planlægningen vil give et udgangspunkt, med viden om hvad Region Midtjylland kan og vil gøre i et område.

Den langsigtede planlægning tager udgangspunkt i Region Midtjylland definition af bæredygtige praksis og i Region Midtjyllands vurdering af hvilke hensyn, der kan lette rekruttering og fastholdelse i praksis.

Som følge af lægemanglen og den langsigtede planlægning kan der være borgere, der vil få længere til egen læge, blandt andet fordi hensynet til at sikre borgerne adgang til en praktiserende læge må gå forud for hensynet til at sikre alle borgere en læge med klinik i nærområdet. Selvom nærheden i den primære sundhedssektor vægtes højt, er det næppe muligt hverken på kort eller langt sigt at sikre, at alle nuværende praksis opretholdes.

Instrumenter i indsatsen for sikring af lægedækningen.

Region Midtjylland kan gøre brug af forskellige instrumenter i indsatsen for sikring af lægedækningen. I det følgende er disse kort beskrevet.

Viden / konsulenter o.l.: Der kan gives bistand til lægerne i et problemramt område i form af konkret viden om, hvordan praksis kan gennemføre strukturudvikling, som kan sikre borgernes lægedækning i området.

I mange tilfælde vil dette kræve ekspertbistand i form af blandt andet økonomisk/finansiell, juridisk, organisatorisk (herunder LEAN) og kulturel rådgivning. Dette vil i givet fald skulle finansieres af Region Midtjylland. Der udarbejdes konkret forslag til, hvordan opgaven kan løses på kort og på langt sigt.

Regionen kan påtage sig risikoen: I en række situationer vil læger, der skal ny- eller re-etablere sig i bæredygtige praksis, stå over for, at etableringen i den bæredygtige praksis indbefatter en risiko. Lægen kan for eksempel ved etablering i kompagniskabspraksis opleve det som værende risikofyldt at stå tilbage som nogle få læger med en relativt stor gruppe af tilmeldte borgere, som er tilmeldt praksis, eller det kan være en risiko af mere finansiell karakter.

I forhold til førstnævnte foreslås det, at Region Midtjylland kan stille garanti om, at lægen/lægerne ikke vil "hænge på" mere end et nærmere aftalt patientantal.

I forhold til sidstnævnte kan det for eksempel ske i forhold til huslejebetaling i praksisbyggeri, som lægen forlader for at flytte til bæredygtig praksis, eller garanti for at lægen ikke vil komme til at "hænge på" anden husleje end sin egen oprindeligt aftalte. Der kan tilsvarende være

behov for at tilbyde, at når en læge i en bæredygtig praksis stopper uden at afhænde sit ydernummer til en anden læge, kan regionen tilbyde at facilitere en overtagelse af praksisbygningen, eventuelt selv overtage bygningen, jf. nedenfor.

Derudover foreslås det, at der kan gives garanti til ældre læger, der overvejer at afhænde deres praksis, hvis de indgår i en bæredygtig praksis, og hvis de bliver i deres praksis indtil de er minimum 65 år. Der udarbejdes nærmere forslag til konkrete betingelser herfor. Det bemærkes, at der vil være behov for at afsætte midler hertil på Region Midtjyllands budget, idet rammen samtidig bør søges finansieret via de centrale økonomiforhandlinger.

Der kan tænkes andre risici, som Region Midtjylland efter nærmere aftale vil påtage sig for læger, der nedsætter sig i bæredygtige praksis. I den udstrækning, der er tale om egentlig "indtjeningsgaranti" i en periode, forudsættes dog på længere sigt, at en udløst garanti tilbagebetales efter nærmere aftale.

Anlæg: for at øge lægekapaciteten i et område kan det være en mulighed at anlægge nye praksis eller erhverve og evt. udvide eksisterende praksis for eksempelvis at kunne ansætte en ny læge i en praksis eller at kunne samle flere læger fra et område og dermed skabe en større og mere bæredygtig praksis. I tilfælde hvor Region Midtjylland anlægger eller erhverver praksis med henblik på udlejning til praktiserende læger, vil praksisbygninger jf. gældende lovgivning skulle udlejes på markedsvilkår.

De områder i regionen, hvor investeringer i bæredygtige praksis kan være relevant, vil fremgå af den kommende praksisplan.

Understøtning af sådanne etableringsprojekter forudsætter, at der i nødvendigt omfang afsættes midler i Region Midtjyllands budget til at købe, etablere og renovere sundheds-/behandler-/lægehuse. Der udarbejdes konkret forslag til økonomisk ramme hertil. Midlerne bør samtidig søges finansieret via centrale økonomiaftaler. I nogle tilfælde vil projekterne alternativt kunne gennemføres ved, at regionen stiller garanti for den risiko, som lægerne vil have ved et projekt, eller ved at der indgås aftaler med en finansiel virksomhed om investeringen.

Personale: Når lægedækningen er under pres, vil det være naturligt at understøtte opgaveglidning fra de praktiserende læger til andet praksispersonale, for på denne måde at forøge kapaciteten i praksis. Udgangspunktet for Region Midtjylland er, at almen praksis skal fungere på overenskomstmæssige vilkår, kun i helt særlige tilfælde kan økonomiske understøttelse af praksis blive aktuelt.

Direkte tilskud for eksempel i form af ekstra honorar og lignende vil ikke blive anvendt i Region Midtjylland som instrument, idet honoreringen af de alment praktiserende læger er aftalt i

overenskomsten. Dette instrument vil derfor ikke blive behandlet yderligere i det efterfølgende.

Brugen af de ovenfor nævnte instrumenter vil afhænge af den konkrete situation. I vurderingen af situationen vil følgende faktorer indgå

- *Området*: I områder, hvor der er en særlig udfordring i forhold til rekruttering / fastholdelse, vil der kunne bruges flere instrumenter end i områder, hvor udfordringerne er mindre.
- *Indsatsen*: en indsats, der bidrager til organisations- / strukturudvikling i almen praksis i retning af flerlægepraksis med mere praksispersonale og flere patienter per læge, vil kunne få mere støtte end indsats, der i mindre grad gør det.
- *Tidshorison*: Region Midtjylland ønsker ikke økonomisk at indgå i tidsubegrænsede indsats, så som permanent driftsunderstøttelse. Alene midlertidige faciliterende indsats støttes.

Sammenspillet mellem situationen og instrumenterne kan sammenfattes på følgende måde:

		Geografisk område	
		Ikke særlig udfordring	Særlig udfordring
Indsatsen	Bidrager ikke til strukturudvikling	Viden: ? Risiko: Nej Anlæg: Nej Personale: Nej	Viden: Ja Risiko: Ja Anlæg: Nej Personale: Nej
	Bidrager til strukturudvikling	Viden: Ja Risiko: Ja Anlæg: Nej Personale: Nej	Viden: Ja Risiko: Ja Anlæg: Ja Personale: Måske, men ikke over 25% (50%)

Det er vigtigt at holde fast i, at en indsats altid vil være situationsbestemt. En løsning i ét område kan derfor ikke danne præcedens for fremtidige løsninger i andre områder. Der vil altid være tale om individuelle løsninger.

Bilag A: Oversigt over ledige ydernumre i almen praksis i Region Midtjylland.

Status.

Det fremgår af nedenstående opgørelse, at der er i alt 30 ledige ydernumre i Region Midtjylland. Heraf er 12 ydernumre dog mere "tekniske" ydernumre, som søges udmøntet på forskellig vis. Derfor er nogle af dem heller ikke fordelt nærmere end på "tidligere amt".

De 18 ikke-genbesatte ydernumre er derimod reelle ydernumre, som de pågældende læger ikke har kunnet afsætte. Som det fremgår, er de fordelt på kommuner som følger:

3 i Skive Kommune
3 i Randers Kommune
1 i Norddjurs Kommune
2 i Lemvig Kommune
3 i Ikast/Brandeborg Kommune
2 i Herning Kommune
1 i Ringkjøbing/Skjern Kommune
3 i Horsens Kommune

Det er imidlertid vigtigt at bemærke, at et ledigt ydernummer principielt kan udgøre et problem for lægedækningen i et område, men i mange tilfælde vil lægedækningen kunne dækkes af kolleger i området.

Der er i øjeblikket kun ét område, hvor det ikke er tilfældet. Det er Skive/Nordsalling, hvor der er etableret en "nød-klinik" i på Regionshospitalet i Skive. Der er indtil videre ansat en læge på vikarbasis med henblik på at passe ca. 1200 patienter fra Skive/Nordsalling, som ellers ikke ville kunne have en praktiserende læge.

Den løsning betyder, at der i øjeblikket ikke er "lægeløse" patienter i Region Midtjylland.

Forventet udvikling.

Hvor mange praksis der vil komme til at stå tomme pr. 1/1 2009 vil afhænge af hvornår lægerne går på pension. Der er i rekrutterings- og fastholdelsesplanen set på spørgsmålet ud fra to kriterier for den gennemsnitlige pensionsalder.

A) Gennemsnitlig pensionsalder = 62 år:

Pr. 1/1 2008 er der 30 ledige ydernumre i Region Midtjylland. Befolkningstilvæksten i regionen betyder, at der i løbet af 2008 bliver behov for yderligere fire ydernumre. Ved ophør som 62-årig vil 63 læger ophøre. Dermed bliver der samlet i løbet af 2008 97 ledige ydernumre. Der forventes uddannet 24 nye læger. Dermed bliver status pr. 1/1 2009, at der risikerer at mangle 73 læger i Region Midtjylland.

B) Gennemsnitlig pensionsalder = 65 år:

Pr. 1/1 2008 er der 30 ledige ydernumre i Region Midtjylland. Befolkningstilvæksten i regionen betyder, at der i løbet af 2008 bliver behov for yderligere fire ydernumre. Ved ophør som 65-årig vil 26 læger ophøre. Dermed bliver der samlet i løbet af 2008 60 ledige ydernumre. Der forventes uddannet 24 nye læger. Dermed bliver status pr. 1/1 2009, at der risikerer at mangle 36 læger i Region Midtjylland.

De ledige ydernumre vil dog ikke nødvendigvis betyde, at borgere kommer til at stå uden læge, jf. bemærkninger ovenfor.

Ledige ydernumre i Region Midtjylland

Nedenstående opgørelse indeholder de ledige ydernumre pr. 1/1 2008. Der er i alt 30 ledige ydernumre i regionen.

Tidligere amt	Lokalitet	Nye ydernumre som følge af seneste lægedækningsberegning	Nye ydernumre som følge af tidligere lægedækningsberegning	Puljelæger	Ikke genbesatte ydernumre	I alt
Viborg - syd	"Viborg Amt" "Viborg Amt" Skive Skive	1	1	1	3	
I alt						6
Århus	Århus "Århus Amt" Randers Norddjurs	2		2	3 1	
I alt						8
Ringkøbing	Ringkøbing-Skjern Lemvig Ikast-Brande Herning Struer Ringkøbing-Skjern	1	1*	1	2 3 2 1	
I alt						11
Vejle - nord	Horsens Horsens		2		3	
I alt						5
Samlet		4	4	4	18	30

*) Ydernummeret er ikke tildelt som følge af en lægedækningsberegning, men er derimod tildelt i praksisplanen for Ringkøbing amt i 2001, begrundet i det store lægebehov, der periodevist skabes af turismen i området.

Viborg amt:

- Lægedækningsberegningen pr. 1.10 2006 gav et nyt ydernummer til ny Viborg kommune. Dette er pt. opslået til uddeling, der er indkommet seks ansøgninger.
- Lægedækningsberegningen pr. 1.10 2003 gav et nyt ydernummer til Viborg området. Dette er ubesat.
- I området Salling, Fjends, Skive, Skive kommune er i henhold til beslutning fra Viborg amtsråd tidligere udløst en puljelægestilling, denne er ikke blevet besat.
- I Skive kommune er der tre ikke genbesatte ydernumre, det drejer sig om et i Skive by, et i Glyngøre og et i Durup.

Århus amt:

- Lægedækningsberegningen pr. 1.10 2006 gav fire nye ydernumre i Århus amt. To af disse er ikke blevet besat.
- I Havndal, Randers er der et ledigt ydernummer som følge af lægeophør, samt to ledige i Gjerlev.

- I Grenå, Norddjurs kommune, er der et ledigt ydernummer som følge af lægeophør. Dette er reserveret til praksisudvidelse ved læge Per Birkelund, men endnu ikke besat.
- I det tidligere Århus amt er der to ledige puljelægestillinger.

Ringkøbing amt:

- Lægedækningsberegningen pr. 1.10 2006 gav et nyt ydernummer i det tidligere Ringkøbing amt. Ydernummeret er uddelt men ikke besat
- I praksisplanen 2001 blev der tildelt et nyt ydernummer til Hvide Sande, Ringkøbing-Skjern kommune, dette er ubesat.
- I Lemvig, Lemvig kommune, er der to ledige ydernumre som følge af lægeophør.
- I Brande, Ikast-Brande kommune, er der tre ledigt ydernummer som følge af lægeophør.
- I Haderup, Herning kommune, blev i 2002 udløst en puljelægestilling, denne er ubesat. Praksis har dog kontakt til en interesseret læge, der ønsker at købe sig ind i lægehuset medio 2008.
- I Herning kommune, er der to ledige ydernumre som følge af lægeophør, det ene af disse er dog besat med en amanuensis.
- I Ringkøbing-Skjern kommune, er der et ledigt ydernummer som følge af lægeophør.

Vejle amt:

- Lægedækningsberegningen 2004 gav to nye ydernumre til Horsens kommune, fordelt til Per Aa. Sørensen, Hovedgård og Lægerne i Brædstrup, disse er ubesatte.
- Et ydernummer ikke genbesat i Juelsminde, og yderligere et er opsagt, det er dog ikke afklaret om det kan genbesættes.
- Et ydernummer er ubesat ved lægerne Egevej i Hornsyld.

Bilag B:

Oversigt over anbefalinger i delplanen vedr. rekruttering og fastholdelse i almen praksis i Region Midtjylland.

Fastholdelsestiltag

- At en udvikling i retning af øget brug af klinikpersonale for ældre læger understøttes.
- At der gives tilladelse til etablering af delepraksis til ældre læger, efter konkret vurdering i det enkelte tilfælde.
- At der åbnes for patienttilgang til delepraksis, efter konkret aftale i det enkelte tilfælde.
- At etablering af bedre lokaleforhold understøttes med henblik på, at praksis kan ansætte praksispersonale og dermed aflaste den ældre læge.
- At lægerne aflastes for administrativt arbejde via tilrettelæggelse af forløb med hjælp til IT og dataforhold samt evt. andre administrativt uddannede faggrupper i tilsvarende støttefunktioner (regnskab, revision, administrative funktioner i relation til personale m.v.).

Rekrutteringstiltag

- At yngre almenmedicinere inviteres til uddannelsesrelevante møder og kurser.
- At yngre almenmedicinere modtager faglig information, som er relevant for uddannelsen og det nuværende eller snarligt kommende arbejde i praksis
- At formidling af vikariater og information om praksis til salg forbedres, f.eks. via videreformidling af vikar-/ydernummerannoncer til ikke-nedsatte speciallæger, snarligt færdige speciallæger samt tidligere praktiserende læger.
- At praksiskonsulenten(rne) for yngre almenmedicinere synliggøres som ressourceperson for gruppen af ikke nedsatte speciallæger mht. tanker, overvejelser og behov for hjælp i forbindelse med indgåelse af vikariat eller køb af praksis.
- At der i samarbejde med Region Midtjyllands kontor for lægelig uddannelse sikres en kontinuerlig tilgang af uddannelseslæger til områder med rekrutteringsmæssige udfordringer.
- At interesserede praksis i områder med få tutorpraksis parallelt understøttes i at etablere mulighed for at blive tutorpraksis – eksempelvis via indretning af arbejdsplads, lokaler og evt. udbygning.
- At der tilrettelægges en koordineret indsats overfor alment praktiserende læger med henblik på at udbrede anvendelsen af færdiguddannede læger i vikarsammenhænge, således at lægernes interesse for nedsættelse som praktiserende læge øges.

Anbefalinger vedrørende etablering i flerlægepraksis

- At Samarbejdsudvalget understøtter en dialog med kommunerne om byplanmæssige problemstillinger i forhold til at finde egnede lokaler til udvidelse/nyetablering af en praksis.
- At Samarbejdsudvalget understøtter processen med etablering af flerlægepraksis i et område, eksempelvis ved kontakt til praksis, som har gennemført en tilsvarende proces, via hjælp fra praksisudviklingskonsulenter, afklaring af juridiske tvivlsspørgsmål m.v.
- At det undersøges, om der skal skabes særlige incitamenter til at motivere læger til at etablere sig i flerlægepraksis, eksempelvis ved at regionen faciliterer etablering af fælles telefonnetværk, nye IT systemer eller rekruttering af praksispersonale.

Anbefalinger ved praksisophør uden overtagelse

- For at *forebygge* praksisophør uden en anden læges overtagelse af praksis, bør det understøttes, at ældre læger så tidligt som muligt forholder sig til, hvad der kan gøres for at gøre en praksis attraktiv for nye læger. Dette kan bl.a. ske via inddragelse af regionens praksisudviklingskonsulenter.
- I de tilfælde, hvor der ikke umiddelbart kan findes en løsning ved praksisophør i et område, anbefales det at arbejde med udgangspunkt i en fast procesmodel, således at det akutte problem løses, samtidig med at der findes langsigtede løsninger på problemet.

Lokale tiltag – "karavanemøder"

Der er en række kommuner i regionen, hvor der de kommende år kan forventes lægemangel. Der igangsættes besøgsrunder til praksis i disse kommuner. Besøgsrunderne skal fungere som fælles ideudveksling. Det er vigtigt, at man tidligt (forebyggende) kan forholde sig til problemernes omfang med rekruttering og fastholdelse, herunder afdække løsningsmuligheder. Løsninger forventes besluttet i dialog med både repræsentanter fra Region Midtjylland, Praksisudvalget og de berørte læger.